Thema: Korrelationen zwischen Wahnthema und sozialem Umfeld bei der paranoiden Schizophrenie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von Alexander Ipach
aus Nieheim/Krs.Höxter

Bonn 1976

Thema: Korrelationen zwischen Wahnthema und sozialem Umfeld bei der paranoiden Schizophrenie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von Alexander Ipach
aus Nieheim/Krs.Höxter

Bonn 1976

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523712_0025

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. E. Lungershausen
2. Gutachter: Prof. Dr. med. H. Quint

Aus der Universitätsnervenklinik Bonn-Venusberg

Komm. Direktor: Prof. Dr. med. H. Penin

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	4
2.	Literatur	5
2.1	Schizophrenie und Wahn	5
2.2	Paranoide Schizophrenie	6
2.3	Entwicklung des Problems: Wahnthema - Umwelt	7
2.4	Historische Anmerkungen zum Problem: Wahnthema-Umwelt	10
3.	Methodik und Material	11
3.1	Methodik	11
3.11	Erhebungsauswahl	11
3.12	Auswertung der Anamnesen	13
3.13	Korrelationsproblematik	16
3.2	Material	18
3.21	Abgrenzung und Gewinnung des Materials	18
3.22	Beschreibung des Materials	18
4.	Ergebnisse der eigenen Untersuchungen	19
4.1	Ergebnisse der Umweltuntersuchung	19
4.11	Alter und Geschlecht	19
4.12	Wohnort	20
4.13	Perinatale Traumata	20
4.14	Spezielle Krankheiten und Todesfälle in der Familie des Patienten	21
4.15	Familienstand	23
4.151	Rente, Arbeitsfähigkeit	24
4.16	Eigene Situation	24
4.161	Besonderheiten des Verhaltens	24
4.162	Beruf	25
4.163	Finanzielle Situation	27
4.164	Umwelt - Wohnung	27
4.165	Sport, Hobbys	28

		Seite
4.166	Soziale Isolation	28
4.167	Sucht	29
4.17	Lebensknicke	29
4.18	Schichtzugehörigkeit	31
4.19	Störfaktoren während der Sozialisation	33
4.191	Familienstruktur	33
4.1911	Aussagen über die Kindheit der Patienten	33
4.1912	Beziehung Mutter - Kind	33
4.1913	Beziehung Vater - Kind	34
4.1914	Beziehung Vater - Mutter	35
4.192	Frühkindliche Entwicklung	35
4.1921	Erlebnisse aus der Kindheit	35
4.1922	Erziehung	36
4.1923	Soziale Klasse in der der Patient aufgewachsen ist	36
4.1924	Zufälliges Schicksal, Tod und Krankheit bei den wichtigsten Bezugspersonen	37
4.1925	Aufenthalt in Heimen	37
4.1926	Mobilität der Familie	38
4.193	Angehörige einer Minderheit	38
4.2	Ergebnisse der Wahninhaltsuntersuchungen	39
4.21	Erklärung der Aufteilung	39
4.22	Aufgeschlüsselte Einzelergebnisse	39
4.23	Wahninhalte	40
4.231	Der Verfolgungswahn	40
4.232	Vergiftungs-, Eifersuchts-, Bestehlungswahn	41
4.233	Beziehungswahn	41
4.234	Bedeutungswahn	41
4.235	Schuldwahn	42
4.236	Religiöser Wahn	42
4.237	Sexueller Wahn	42
4.238	Größenwahn	42

		Seite
5.	Diskussion	43
5.1	Besprechung der eigenen Ergebnisse	43
5.11	Beziehungen: Umwelt - Verfolgungswahn	43
5.111	Vergiftungswahn	47
5.112	Bestehlungs- und Eifersuchtswahn	49
5.12	Korrelation: Umwelt - Beziehungswahn	49
5.13	Korrelation: Umwelt - Bedeutungswahn	52
5.14	Korrelation: Umwelt - Schuld-Versündigungswahn	54
5.15	Korrelation: Umwelt - religiöser Wahn	57
5.16	Korrelation: Umwelt - Sexualwahn	59
5.17	Korrelation: Umwelt - Größenwahn	62
5.18	Korrelation: Umwelt - Beeinflussungs- und Erklärungswahn	64
5.19	Synopsis	66
5.2	Gegenüberstellung der eigenen Ergebnisse mit der Literatur	75
6.	Zusammenfassung	92
	Literaturverzeichnis	94

1. Einleitung

Um die Krankheit "Schizophrenie" umfassender erkennen zu können, lohnt es sich, das soziale Umfeld und die reichhaltige Wahnsymptomatik der Patienten möglichst als eine Einheit zu betrachten. Da aber wahnhaftes Denken bei sehr verschiedenen Krankheiten vorkommt, wurde es nötig, im Sinne einer klaren Erkenntnis die Beziehungen nur bei einer abgegrenzten Krankheit: der paranoiden Schizophrenie zu untersuchen.

Korrelationen zwischen Wahnthema und dem sozialen Umfeld, angefangen von der Geburt bis zum Zeitpunkt der massiven Erkrankung, sollten aus Krankengeschichten entnommen werden.

2. Literatur

2.1 Schizophrenie und Wahn

Im Folgenden wird Schizophrenie so verstanden, wie Kurt SCHNEIDER (22), H.J. WEITBRECHT (30), M. BLEULER (5) und Th. SPOERRI (26) sie in ihren grundlegenden Werken definierten. Danach ist die Schizophrenie eine endogene Psychose, an deren Genese dispositive, soziale, hereditäre und psychogene Faktoren beteiligt sind.

Die Auffassungen über den Wahn werden weitgehend von K. SCHNEIDER (23), Karl JASPERS (11) und E. BLEULER (5) übernommen.

Der Wahn setzt sich zusammen aus Wahnwahrnehmungen, Wahneinfällen, Wahngedanken und Wahnerinnerungen. Daraus können durch Wahnarbeit Wahnsysteme oder -Fabeln resultieren. Das Wahnphänomen stellt ein Irren dar, weniger in der objektiven Welt als in der personalmitmenschlichen Wirklichkeit (SCHULTE - TÖLLE 24).

Jeder Wahn wird nach seinem Thema oder seinem Inhalt benannt. Wahnthema und Wahninhalt definieren somit die genaue Wahnbezeichnung.

2.2 Paranoide Schizophrenie

Die paranoide Schizophrenie läßt sich durch zwei Kardinalsymptome kennzeichnen: Wahn und Halluzinationen (mit Übergewicht der wahnbildenden Symptomatik).

Es soll aber auf den Unterschied aufmerksam gemacht werden, daß es reaktive Schizophrenieformen im Sinne von N. RETTERSTÖL (56) und auf der anderen Seite Prozeß- bzw. Kernschizophrenien zu geben scheint. Das hat zur Folge, daß es keine klare Trennung gibt zwischen Verstehbarkeit und Nichtverstehbarkeit, zwischen Prozeß und Entwicklung dieser Erkrankung (PAULEIKHOFF u. MEISSNER 54).

Eine wichtige Unterform der paranoiden Schizophrenie ist die Paranoia, definiert als schleichende Entwicklung eines Wahnsystems bei völliger Erhaltung der übrigen Persönlichkeit (KRAEPELIN 14). Abgestuft leiten Paraphrenien, paranoische Psychosen, schizoaffektive oder schizophrenieähnliche Psychosen über zu den paranoiden Reaktionen bzw. Persönlichkeitsentwicklungen. Bei den Letztgenannten handelt es sich um paranoide Wahnformen - nicht psychotischer Art - die auf dem Boden einer abnormen Persönlichkeitsentwicklung entstanden sind.

Paranoide Syndrome können bei der Cyclothymie vorkommen oder durch lange soziale Isolierung, d. h. bei Schwerhörigen, Tauben, Blinden, Alten und Inhaftierten. Auch körperlich begründbare Psychosen lassen paranoide Wahngedanken entstehen, ebenso toxische Substanzen, Schlafentzug und Inanition.

2.3 Entwicklung des Problems: Wahntheme - Umwelt

Die Ätiologie der Schizophrenie wurde Anfang dieses Jahrhunderts vor allem auf eine defekte Erbanlage, auf eine innerhalb des Individuums verankerte Störung zurückgeführt. Man nahm sogar eine mangelhafte Resistenz gegenüber einem hypothetischen "Schizococcus" an. Besonders stark wurde dieser biologisch-genetische Forschungsansatz von der deutschen und skandinavischen Psychiatrie verfolgt.

Aus dieser Auffassung heraus ergab es sich zwangsläufig, daß die Fragen nach dem Einfluß der Umwelt oder der Lebensumstände auf den Ausbruch oder die Erscheinungsweise dieser Krankheit vernachlässigt wurden. Diese Haltung hat sich jetzt gewandelt, es haben sich nun sogar Schulen gebildet, die nur den soziogenetischen Ansatz, implizit dem familiendynamischen, gelten lassen wollen. Es dreht sich hierbei um behavioristische Standpunkte. Der Behaviorismus ist durch monistische und materialistische Weltanschauung, durch die darwinistische Evolutionstheorie und durch die Annahme bestimmt, daß individuelle Unterschiede und Fehlentwicklungen nicht vererbt, sondern fast ausschließlich erlernt sind (extreme Milieutheorie). Psychosen werden demnach als falsches Anpassungsverhalten interpretiert. Da dieser extreme Standpunkt ebenfalls nicht die "letzten Ursachen" klären und therapeutisch entscheidende Hilfen geben konnte, neigt man heute zu einer ausgewogenen Haltung, die sowohl hereditär-dispositive wie auch psychosoziale Ursachen berücksichtigt.

Viele Krankheitsbilder werden und wurden aus dem Formenkreis der Schizophrenie ausgegliedert, wenn der Wahn aus dem unmittelbaren Lebensbereich des Patienten verständlich und erklärbar wurde (besonders bei der reaktiven Wahnentwicklung). Da der schizophrene Wahn rein prozeß-

haft, endogen entstehen soll, läßt sich folgern, daß bei einem derartigen Wahn alle Themen und Beziehungsideen rein zufällig ohne irgendeinen Anlaß aufgegriffen werden. Man geht davon aus, daß nichts im Leben des Patienten zu finden ist, wodurch die Existenz des Wahns erklärt werden könnte. Bei nicht zu übersehenden Beziehungen zwischen Wahnthema und Umwelt könnten jedoch Zweifel an der Richtigkeit der oben beschriebenen Thesen auftreten. Psychiater, die von dem zufälligen Aufgreifen der Wahn- und Beziehungsideen überzeugt sind, weisen zur Verteidigung ihres Konzepts auf folgende Tatsachen hin: Unter ähnlichen Umweltbedingungen können gewisse Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt seelisch erkranken, während andere seelisch gesund bleiben oder ein anderes Krankheitsbild darbieten. Zu diesem Einwand sei nur soviel vermerkt; ein objektiv identisches Milieu hat immer deshalb für zwei Menschen verschiedene Bedeutung und wird ihr Verhalten in unterschiedlicher Weise beeinflussen, weil die eigenen Erbfaktoren ihrerseits die Art der Umweltwahrnehmungen determinieren. Die gleiche Umwelt wirkt somit auf jeden Menschen verschieden ein (K. LEWIN 2). Es bleibt aber festzuhalten, daß die Bedeutung von Anlagefaktoren für psychische Merkmale durchschnittlich geringer ist als für körperliche.

Diese Arbeit soll der Frage nachgehen, ob Wahnthemen unbeeinflußt von der Umwelt entstehen können und nur aus dem vorhandenen geistigen Potential des betreffenden Menschen schöpfen, oder ob es Korrelationen zwischen Umwelt und Wahnthema gibt. Es bleibt festzuhalten, daß der Wahn trotzdem nicht verstehbar und erklärbar sein muß, sondern daß es nur um Gemeinsamkeiten zwischen Umwelt und Wahnthema geht. Die vorliegende Arbeit soll keine Erklärungen für die Entstehung des Wahnes geben, sondern es sollen eventuell vorhandene Beziehungen zwischen verschiedenen "äußeren Einflüssen" und "inneren Ausdrücken" aufgedeckt

werden.

Ein solcher Vergleich wird sowohl die Art des jeweiligen Wahns als auch den speziellen Wahninhalt zu berücksichtigen haben. Zum anderen wird die Biographie und die Lebenssituation des Kranken zu betrachten sein. Umwelt wirkt immer auf Personen ein, die als sozial-kulturelle Persönlichkeiten in der Dreiecksbeziehung Person-Gesellschaft-Kultur aufgefaßt werden können. Eltern oder die entsprechenden Institutionen übermitteln dem Kinde Gewohnheiten, Attitüden, Verhaltensbereitschaften und Normen durch soziale Interaktionen. Geltende Normen und Zwänge der Gesellschaft können dabei internalisiert werden. Daraus ergibt sich, daß es zu Rollenkonflikten, sozialer Desintegration und Fehlanpassungen kommen kann.

Einen besonderen Raum müssen auch die Auswirkungen der Akkulturation auf die Wahnthemen einnehmen. Akkulturation soll hier als Kulturwandel verstanden werden, aber auch das Erwerben von fremder, gegebener und traditioneller Kultur ist hier gemeint.

2.4 Historische Anmerkungen zum Problem: Wahnthema-Umwelt

Die Bezeichnung Paranoia tauchte 1818 zum ersten Male in der deutschen Psychiatrie auf (WERNER 31). Sie bedeutete ursprünglich nichts anderes als Widersinn und Verkehrtheit. In die Psychiatrie ging der Begriff als "Verrücktheit" ein. Dies bedeutete eine auf dem Gebiet der Verstandestätigkeit sich abspielende Form des Irreseins. (v.KRAFFT-EBING und MENDEL 1863 31) Etwas später wurden dann sehr viele Krankheitsbilder der Paranoia zugeordnet, sobald sie zwei Merkmale erfüllten: Wahnbildungen und Sinnestäuschungen. Außerdem unterteilte man in akute und periodische Paranoia. Es wurde weiter differenziert und gefordert, daß bei Krankheitsbildern mit der Bezeichnung "Paranoia" ein einigermaßen feststehender, geistig verarbeiteter Wahn vorhanden sein sollte.

Schon zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden Versuche gemacht, Korrelationen zwischen Wahnthema und Umwelt aufzuzeigen. In der Hauptsache wurde jedoch das Postulat von der "Unverstehbarkeit" des Wahnes bewahrt.

Bemerkenswerte Erkenntnisse lieferte WERNER, der ausführte, daß Zauberlehre, Aberglaube, Hexenwesen, der Glaube an die Einwirkung übernatürlicher Wesen, an die Seelen von Verstorbenen, an die bösen Geister, die bald in Menschen-, bald in Tiergestalten erschienen, eine der Hauptquellen zur Bildung der Halluzinationen und Wahnvorstellungen waren. Große Beachtung wurde auch den Charaktereigentümlichkeiten geschenkt. So sollten sich aus ihnen in späteren Psychosen folgende Wahnthemen ergeben. Aus Zänkischen, Streitsüchtigen entsteht der Querulantenwahn, aus Mißtrauischen der Verfolgungswahn, aus "Frömmlern" die religiöse Paranoia, aus Hochmütigen der Größenwahn (WERNER 31).

3. Methodik und Material

3.1 Methodik

3.11 Erhebungsauswahl

Durch planmäßiges Herausgreifen einer Anzahl von Beobachtungseinheiten aus einer Gesamtheit soll die angestrebte Erhebungsauswahl innerhalb bestimmter Fehlergrenzen als repräsentativ für die Grundgesamtheit stehen.

In dieser Untersuchung wird ein modifiziertes Quoten-Klumpensample benutzt, das keine reine Zufallsauswahl voraussetzt.

Die Quotenauswahl ist eine Teilerhebung, bei der die Einheiten der Population (= Grundgesamtheit) keine bekannten und berechenbaren Wahrscheinlichkeiten haben. Die Auswahl findet nach Gutdünken statt, da der Untersucher sich nach eigenem Ermessen unter Berücksichtigung vorgegebener Quoten die Befragungspersonen auswählt. Die hier in dieser Untersuchung vorgegebenen Quoten sind:

a) die letzten 100 Patienten, ausgezählt nach dem Einlieferungsdatum von einem Stichtag an gesehen (Oktober 1972),
b) das Kollektiv muß ein klar abgegrenztes, definiertes Krankheitsbild aufweisen.

Dieser Idealtypus der Stichprobe wird aber bei weitem nicht erreicht. Zum einen können die Befragungspersonen aus organisatorischen Gründen nicht persönlich interviewt werden, sondern es mußten ihre Anamnesen stellvertretend ausgewertet werden. Zum anderen mußte das zu untersuchende Kollektiv erhebungsbedingt eingeschränkt werden: die Anamnesen der ambulant Versorgten, Ausländer und Patienten mit zu knapp ausgeführter bzw. unklarer Anamnese wurden nicht in die Auswertung genommen. Weitere Auswahlfehler

sind, daß man Patienten mit unerkannter Schizophreniediagnose und Patienten mit Fehldiagnosen nicht erfassen kann. Die Lage einer Klinik, das Einzugsgebiet, der Ruf der Klinik, die "Schule", der die Psychiater angehören, die Sicherheit in der Diagnoseerstellung; all diese Punkte können das Kollektiv einer Stichprobe in ihrer Zusammensetzung stark beeinflussen. Es wird somit durch diese Fehlerquellen die Gültigkeit der Aussagen sinken, d. h., es wird nicht mehr das erfaßt, was untersucht werden soll.

Trotzdem hat dieses Sample aber noch Aussagekraft, da zwei wichtige Kriterien erfüllt werden:

a) der Vorgang der Einlieferung der Patienten zur stationären Aufnahme geschieht rein zufällig,
b) die Einlieferungen sind so gut wie unabhängig voneinander.

Erhärtet wird die Aussagekraft durch die recht hohe Sample-Größe von 100 Einheiten.

Die Klumpenauswahl (Cluster-Sample) wird benutzt, wenn sich die Grundgesamtheit per se in kleinere Kollektive oder Gruppen zerlegt. In diesem konkreten Falle sind es die Kollektive der paranoid-halluzinatorischen Psychotiker, die in Kliniken oder Landeskrankenhäuser eingewiesen worden sind bzw. dort behandelt wurden. In der vorliegenden Arbeit wurde nicht irgendeine Klinik durch den Zufall, oder weil sie repräsentativ ist, ausgewählt, sondern sie war vorher definiert. Nachteilig kommt noch hinzu, daß die Klumpenauswahlen, im Gegensatz zu anderen Auswahlverfahren, bei gleicher Samplegröße gewöhnlich ungenauer in ihren Aussagen sind.

Da hier

a) eine Untergliederung der Gesamtheit zwangsläufig vorgegeben war,
b) diese Auswahl nach Gutdünken mit vorgegebenen Quoten stattgefunden hatte,

c) nicht direkt das Forschungsobjekt interviewt werden konnte,

bietet sich eine modifizierte Klumpen-Quotenerhebung als Methode an.

3.12 Auswertung der Anamnesen

Die Anamnesen wurden mit offenen, halbstandardisierten und zum Teil vollstandardisierten Fragen nach dem sozialen Umfeld untersucht. Die Beantwortung war meist frei möglich, manchmal jedoch eingeschränkt durch begrenzte Antwortmöglichkeiten oder durch Skalierung oder Kategorisierung.

Die Formulierung der Fragen erfolgte unter soziologischem Ansatz. Es sollte versucht werden, möglichst das Kontinuum von der Geburt bis zum massiven Ausbruch der Erkrankung mit Fragen abzutasten, also möglichst das breite, soziale Spektrum zu erfassen, um durch signifikante Häufungen, Beziehungen zu Wahnthemen aufzuzeigen (KÖNIG, R. 12, 13; BERNSDORF, W. 2; STROTZKA, H. 28; SCHÄFER, H. u.a. 21; MITSCHERLICH, A. u.a. 18; BRÄUTIGAM, W. 6).

Die Anamnesen wurden nach einer Reihe von Orientierungspunkten ausgewertet:

a) Alter (u. Geburtsdatum)
b) Geschlecht
c) Wohnort (3 Kategorien: Großstadt, Stadt, Dorf)
d) Periratale Traumata (z. B. organische Schäden, unehelich geboren, Trennung von der Mutter, in Kriegswirren geboren, bewußte Ablehnung)
e) Spezielle Krankheiten und Todesfälle in der Familie (bei Vater, Mutter, Geschwister u. Großeltern. Todesalter, Todesursache von Vater, Mutter u. sämtlichen Geschwistern)

f) Familienstand
(Geschwister, Verheiratet, Dauer der Ehe, Zahl der Kinder, Ehescheidung, weitere Ehen)
Einschätzen des Ehepartners, Schwierigkeiten mit den Kindern
Rentenempfänger, Arbeitsunfähigkeit

g) Eigene Situation
Besonderheiten des Verhaltens (psychosomatische Erkrankungen, Anomie, soziale Desintegration)
Beruf (Werdegang, Mobilität, Betriebsklima, Beziehungen zu Vorgesetzten und Kollegen, Besonderheiten am Arbeitsplatz, Überforderung)
Finanzielle Situation
Umwelt, Wohnung (häufiger Umweltwechsel, Lärm, Nachbarn, in welchem Viertel liegt das Wohngebiet)
Sport, Hobbys (um Leistungswille und soziale Beziehungen zu interpretieren)
Soziale Isolation (Tod nächster Angehöriger, Krankheit)
Sucht (Rauschmittel, Alkohol, Tabletten)

h) Schichtzugehörigkeit (wird aus drei Variablen extrapoliert: Beruf, Ausbildung und ev. Einkommen, Herkunft)
soziale Herkunft (ergibt sich aus Beruf von Vater und/oder Mutter

i) Lebensknicke (mit besonderem Hinweis, welcher Lebensknick vor Ausbruch der Krankheit vorlag. Nachlassen vitaler und intellektueller Fähigkeiten, Veränderung des Verhaltens nach Pubertät oder Klimakterium, Verlust oder Wechsel der Wohnung/des Berufes, finanzielle Verluste, Krankheit)

j) Störfaktoren während der Sozialisation
Familienstruktur
Aussagen über die Kindheit des Patienten
Beziehung Kind-Mutter (keine-, negative-, positive-, oberflächliche Beziehung, überstarke Bindung, offene oder versteckte Ablehnung, Feindseligkeit,

übertriebenes Liebesbedürfnis, Kind wird als Selbstbestätigung gebraucht, Geschlecht des Kindes wird nicht bejaht, Kind wird als Waffe mißbraucht, Kind wird in die Anhängerschaft getrieben, Liebesentzug, Gleichgültigkeit, symbiotische Vereinigung. Das Kind ist: Eigentum, Verpflichtung, Rivale, Belastung, Entsühnung oder Strafe)

Beziehung Kind-Vater (Vaterverwaisung, übertriebene Fixierung, Stammhalter, Kind aus 1. Ehe, Kind von anderem Mann, sonst s. oben)

Beziehung Vater-Mutter (Lidz-Modell: Asymmetrie und Spaltung innerhalb der Familie, dominiert ein Partner)

Frühkindliche Entwicklung

Erlebnisse aus der Kindheit (aus den Primärgruppen: Familie, Spielgruppe, Schule, Gruppe der Gleichaltrigen. Im Krieg aufgewachsen)

Erziehung (z. B. Bateson-Modell: paradoxe Kommunikation. Sozial-moralische Leitideen, Religion, Rollenkonflikte. Lob, Tadel, harte Strafen, Bevorzugung/Benachteiligung gegenüber anderen Geschwistern, Emanzipation von der Familie. Reinlichkeitserziehung, Kontaktstörungen, Bettnässer, Nägelkauer, Schlafstörungen, Einzelgänger. Chaotische Umwelt, isoliertes Aufwachsen, schizoide oder psychopathische Eltern)

Soziale Klasse in der das Kind aufwächst (Armut, schlechte Wohnverhältnisse, erzwungener Berufs- oder Stellungswechsel des Vaters, Mitarbeit der Mutter)

Zufälliges Schicksal, Tod und Krankheiten bei den wichtigsten Bezugspersonen

Aufenthalt in Heimen, bei Großeltern oder Stiefeltern

Mobilität der Familie (beruflich, geographisch, kriegsbedingt)

k) Angehöriger/e einer Minderheit (Rasse-, Kultur-, Religions-, Nationalitäts-, Sprach-, Flüchtlings-,

Obdachlosengruppe)

1) Ausführliche Beschreibung der Wahninhalte und Wahnthemen (beim Vorliegen mehrerer Schübe oder Episoden wurden die Wahnthemen zusammengefaßt und als eine Erkrankung betrachtet)

3.13 Korrelationsproblematik

Die Beziehungen zwischen zwei Variablen werden in der Regel unter dem Oberbegriff: Korrelation (auch Assoziation) zusammengefaßt. Die Korrelation gibt den Grad einer bestimmten Art von Beziehung zwischen zwei Variablen an. Der Zusammenhang zwischen verschiedenen variierenden Gruppen wird erkennbar, wenn Veränderungen in einer Variablen systematisch von Veränderungen in einer anderen Variablen begleitet werden.

Der Korrelationskoeffizient sagt etwas über das Maß der Stärke einer Assoziation aus, d. h., bis zu welchem Grad die Streuung der einen Variablen durch die Streuung der anderen Variablen erklärt werden kann. Der Regressionsgrad drückt die tatsächliche Beziehung einer Variablen zu anderen aus!

Eine gültige Beziehung von Variablen kann, muß aber durchaus nicht auf eine Kausalbeziehung zurückzuführen sein; insbesondere ist es möglich, daß jede dieser Variablen mit weiteren, noch nicht erkannten Variablen in Beziehung steht (WALLIS, W. u. H. ROBERTS 29).

In dieser Untersuchung werden Variablen einerseits als Umweltpositionen und andererseits als Wahnthemen aufgefaßt, und es soll versucht werden, eventuell bestehende Beziehungen aufzuzeigen.

Häufig lassen sich Wahnsymptome nicht auf ein einziges Wahnthema zurückführen, sondern sie setzen sich aus mehreren verschiedenen Wahninhalten zusammen. Vermutlich sind einige bestimmte Wahninhalte Unterformen eines übergeordneten Wahnsyndroms. Diese Abhängigkeit soll in der Untersuchung aufgezeigt werden, ohne daß in diesem Falle die Korrelationsrechnungen zu Grunde gelegt werden. Läßt sich aus den Ergebnissen feststellen (z. B. wie häufig Verfolgungs- und Größenwahn in diesem Kollektiv einzeln auftreten, und wie häufig beide Wahnformen zusammen vorkommen), daß die Ereignisse unabhängig voneinander sind nach der Formel: Wahrscheinlichkeit für unabhängige Ereignisse $P(x) \cdot P(y) = P(x \cdot y)$; so kann man annehmen, daß diese beiden Wahnformen selbständige, unabhängige Wahnthemen darstellen.

3.2 Material

3.21 Abgrenzung und Gewinnung des Materials

Für die Untersuchung wurden die Krankengeschichten des Archivs der Universitäts-Nervenklinik Bonn-Venusberg herangezogen.

Aus dem Zeitraum 1968 - 1972 wurden 452 Krankenblattunterlagen von Patienten mit der gesicherten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie herausgesucht. Einziges weiteres Auswahlkriterium war, daß die Anamnese vollständig genug sein mußte, um für die spezielle Fragestellung dieser Arbeit relevante Schlüsse zu erlauben.

Unter diesen Voraussetzungen konnten insgesamt 100 Krankenblätter ausgewertet werden.

3.22 Beschreibung des Materials

Die Anamnesen sind vom Psychiater bereits standardisierte Informationsunterlagen. Einerseits ergeben sich dadurch gewisse Informationsverluste, wenn es um spezielle, weitreichende Fragen geht, andererseits liegen aber schon zusammengefaßte, kategorisierte und teilweise interpretierende Ergebnisse als Fakton, Tatsachen, Vermutungen und Tendenzen vor. Das Forschungsobjekt "der Patient" ist somit vom Psychiater mit halbstandardisierten bis offenen Fragen nach relevanten, psychiatrischen Gesichtspunkten ausgefragt und sein Zustand beschrieben worden. Dies jedoch nur näherungsweise im Sinne der speziell hierzu zu untersuchenden Problematik. Darunter mußte zwangsläufig die Validität der Methode dieser Untersuchung leiden.

Die entscheidenden Teile der Anamnesen waren für die vorliegenden Untersuchungen einerseits die soziale Anamnese, die Familienanamnesen und andererseits die spezielle Anamnese mit den Verlaufsbeschreibungen.

4. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen

4.1 Ergebnisse der Umweltuntersuchung

4.11 Alter und Geschlecht

Die beiden ersten Orientierungspunkte nach Alter und Geschlecht der Patienten (Stand: Frühjahr 1973) ergaben in der Auswertung folgendes Bild:

Tabelle I: Verteilung des Alters und Geschlechtes der untersuchten Patienten

Altersgruppe der Patienten	Anzahl der Patienten	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich
15-20	1	-	1
21-25	25	16	9
26-30	16	10	6
31-35	19	11	8
36-40	9	5	4
41-45	7	4	3
46-50	13	4	9
51-55	6	2	4
55 u. höher	4	3	1

Da die Altersangaben aus drei verschiedenen Jahren zusammengetragen wurden, empfahl es sich, hier nur Altersgruppen zu vergleichen, damit sich die konkreten Altersangaben relativieren. Auch konnte bei der Fixierung des Erkrankungsalters schlecht darauf eingegangen werden, ob ein Patient einmal bzw. schon mehrmals Schübe oder Episoden erlebte. In der Regel lag diesen Angaben das Alter der Ersterkrankung zu Grunde.

Bei der Auswertung fiel stark die Bevorzugung der 20-35-jährigen einerseits ins Auge und andererseits des männlichen Geschlechts. Im höheren Erkrankungsalter kehrt sich die Verteilung der Geschlechter um. Auffällig bleibt bei diesem Kollektiv, daß eine so hohe Beteiligung der jüngeren Jahrgänge vorliegt, da nach allgemeinen Feststellungen der Ausbruch der paranoiden Schizophrenie bei 35-40 Jahren liegt.

4.12 Wohnort

Der nächste Punkt behandelt den Wohnort der Patienten. Es wurde versucht, den hauptsächlichen und längsten Aufenthalt festzustellen und die Antworten möglichst auf drei Kategorien zu beschränken: Großstadt, Stadt, Dorf.

Es lebten vom Patientenkollektiv 6 % dauernd in einer Großstadt, weitere 6 % lebten vorübergehend dort bzw. sind in einer Großstadt aufgewachsen.

In die Kategorie "Stadt" lassen sich 87 % aller Patienten einordnen. Aus rein ländlichen, dörflichen Gemeinden stammen 5 % aller untersuchten Patienten. Ein erheblicher Prozentsatz (27 %) ist jedoch im Dorf aufgewachsen oder lebte dort zumindest eine Zeitlang.

Aus diesen Angaben lassen sich schlecht spezifische Merkmale der nur in der Großstadt oder nur auf dem Lande lebenden Patienten erkennen, da diese beiden Kollektive (6 bzw. 5 Patienten) zu klein ausgefallen waren.

4.13 Perinatale Traumata

In der Untersuchung der perinatalen Traumata kam es besonders darauf an, ob organische Geburtsschäden vorlagen, und

ob eine Trennung von der Mutter (innerhalb der ersten 3 Jahre) stattgefunden hatte. Weiterhin wurde berücksichtigt, ob das Kind unehelich geboren wurde, und ob es in schwierige menschliche und/oder materielle Zustände hineingeboren wurde.

In 15 Fällen ergaben sich aus den Anamnesen keinerlei Hinweise.

Die anderen Fälle schlüsseln sich folgendermaßen auf:

Mutter zum Zeitpunkt der Geburt schizophren	bei	3	Patienten
Mutter bekam eine Schwangerschaftspsychose nach der Geburt	bei	1	Patienten
Patient war zum Zeitpunkt seiner Geburt unerwünscht	bei	1	Patienten
Patient hat die Mutter nie gesehen, kam sofort in ein Heim	bei	1	Patienten
Patient wurde unehelich geboren	bei	1	Patienten
Komplikation während der Geburt z. B. Zangengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnurverlegung u. ähnl.	bei	8	Patienten
Frühkindlicher Hirnschaden	bei	1	Patienten
Auf der Flucht geboren	bei	1	Patienten

4.14 Spezielle Krankheiten und Todesfälle in der Familie des Patienten

Erkrankungen und Todesfälle, die auf eine Erbbeteiligung der Schizophrenie hinweisen könnten bzw. allgemeiner, ob Nerven- und Gemütskrankheiten in den Familien vorgelegen haben, sollte hier erfragt werden.

Tabelle 2: Übersicht der verschiedenen Erkrankungen der Eltern

Erkrankung	Anzahl der Elternteile	davon mit Heilanstaltsaufenthalt
Schizophrenie	5	3
Suicid	1	-
Nerven- u.Gemütskrank, Schwangerschaftspsychose	3	2
Depression	1	-
Epilepsie	1	-
Rubrik: Labilität, Neurose, Psychopathie	12	-

Es ergab sich bei 23 % der Patienten, daß abnorme oder absonderliche Elternteile mit ihrem Verhalten auf ihre Kinder einwirken konnten. Der harte Kern dieser Gruppe - Mutter oder Vater mit endogenen Psychosen - beträgt nur 9 %.
Bei den Geschwistern und Verwandten ergaben sich keine wesentlichen Hinweise.

All diese Zahlen bleiben in bisher bekannten Bereichen besonders beim Vergleich mit den Zahlen für die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Schizophrenie. So stellten BLEULER, KOLLE, LUXEMBURGER und MAYER-GROSS folgende Wahrscheinlichkeiten für Verwandte fest, an Schizophrenie zu erkranken:

Geschwister	Eltern	Kinder	Neffen, Nichten
10 %	16 %	16 %	2 - 3 %

Der bedeutende Anteil von 68 Patienten ohne diesbezügliche Auffälligkeiten in den Anamnesen ist sehr wahrscheinlich zu hoch gegriffen. Es gibt eine unbekannte Dunkel-

ziffer, da in der Exploration von manchen Patienten verdrängt bzw. nicht gewußt wird, daß in der Verwandtschaft Nerven- und Gemütskrankheiten vorkommen.

4.15 Familienstand

Bei der Auswertung der Fragen nach Ehe, Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Ehescheidungen, weiteren Ehen und der Anzahl der Geschwister ergab sich folgendes Bild: von dem Patientenkollektiv waren 39 verheiratet, dabei waren alle Patienten im heiratsfähigen Alter (die jüngste Patientin war 19 Jahre alt), 6 Ehen blieben bis dato kinderlos.

Von den 39 verheirateten Patienten haben sich 10 wieder scheiden lassen. In 3 Fällen hat sich der Ehepartner wegen der schizophrenen Erkrankung getrennt. In 2 Fällen waren es umgekehrt die Patienten, die sich von ihrem Partner trennten.
2 Patienten haben nochmals geheiratet.

Als Hauptscheidungsgründe bzw. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner wurden genannt:

5 x Trunksucht
3 x vom Partner mißhandelt oder wiederholt gereizt
3 x Mußheirat ohne Harmonie
2 x Partner wurde untreu
2 x krankhafte Eifersucht
je 1 x sexuell unbefriedigt, Angst vor der Sexualität, körperbehinderter Partner, unheilbar kranker Partner.

Aus dem untersuchten Kollektiv schienen 30 % als Einzelkinder aufgewachsen zu sein. Die übrigen hatten zumeist viele Geschwister, das extremste Beispiel sind 13 Geschwister.
Ermittelt man das arithmetische Mittel dieser Geschwisterzahlen, so ergeben sich 3 Geschwister pro Patient, also durchschnittlich 4 Kinder pro Familie.

Auffällig ist hier die Polarität: entweder sind die Patienten als Einzelkinder aufgewachsen, oder sie hatten recht viele Geschwister.

4.151 Rente, Arbeitsfähigkeit

Von den untersuchten Patienten bezogen nur 2 schon vor ihrer eigentlichen Erkrankung eine Rente, später nach Behandlung der psychotischen Erkrankung waren häufiger Rentenempfänger zu beobachten.

Aus der Untersuchung ging ganz klar hervor, daß so gut wie immer eine Arbeitsunfähigkeit während der Prodromalphase und immer im akuten Schub bzw. der Episode vorlag.

4.16 Eigene Situation

Dieser Abschnitt sollte sich besonders mit der speziellen Entwicklung und Situation des Patienten beschäftigen. Hier wurde der Zeitraum von der postpubertären Phase bis zum Eintritt ins Erwachsenenleben einschließlich der weiteren Entwicklung beschrieben.

4.161 Besonderheiten des Verhaltens

Besonderheiten des Verhaltens, die so auffällig waren, daß sie in den Anamnesen auftauchten, sollten neben evtl. psychosomatischen Erkrankungen hier behandelt werden.
Die 1. Rubrik, die man folgendermaßen umgrenzen könnte - reserviert, mißtrauisch, still, zurückhaltend, zurückgezogen, wenig Kontakte, menschenscheu, Einzelgänger, Sonderling - wurde 14 mal genannt und war damit die umfangreichste.
Die 2. Rubrik läßt sich folgendermaßen charakterisieren - nervös, hektisch, reizbar, empfindlich, schnell erregbar, jähzornig - diese Rubrik kam 9 mal vor.
Der 3. Rubrik (Gegenteil zur 1. Rubrik) - leutselig, gesellig, kontaktfreudig, impulsiv, große Spontaneität -

mußten 7 Patienten zugeordnet werden.
Die 4. Rubrik, umrissen mit: labil, sensibel, romantisch, fein und zart, kam 4 mal vor.
Sexuell Auffälliges wie: keine sexuellen Gefühle, schnell und stark sexuell erregbar, Belästigung von Passanten, wurden je 1 mal genannt.
Als weitere wichtige Kriterien charakterlichen Verhaltens fielen auf: überehrgeizig (5 mal), gewissenhaft (3 mal), eifersüchtig (3 mal), missionarisch und rechthaberisch (2 mal). In 40 Fällen des Kollektivs wurde die Frage nach dem charakterlich, menschlichen Verhalten des Patienten in den Anamnesen beantwortet. Hierbei mußte berücksichtigt werden, daß diese Beschreibungen von Verwandten und Bekannten kamen und somit höchst subjektiv waren.

Zum Komplex der psychosomatischen Erkrankung konnte in der vorliegenden Arbeit keine Aussage gemacht werden. Wenn diesbezügliche Informationen überhaupt Einlaß in die Anamnesen gefunden hatten, dann waren sie recht knapp. In 14 Fällen wurde eine Angabe gemacht. Die häufigsten Erkrankungen waren: Magenulcera, Dysmenorrhoeen, Ulcus duodeni, Struma und Asthma bronchiale.

4.162 Beruf

In diesem Punkte sollten Aussagen über die Berufsentwicklungen der Patienten, ihre Mobilität, Zufriedenheit mit der Arbeit und Beziehungen zu Kollegen usw. ausgewertet werden. Es bleibt aber festzuhalten, daß oft konkrete Aussagen über den Bereich des Berufslebens unterblieben sind, weil danach von psychiatrischer Seite nicht gefragt worden ist. Deshalb darf man annehmen, daß das hier gezeigte Bild unterrepräsentiert ist. Es lassen sich folgende Bereiche abgrenzen:

	Anzahl des Kollektivs
Hohe Mobilität im Berufsleben (ca. 5 mal und öfter gewechselt):	31
Mittlere Mobilität (3-5 mal den Arbeitsplatz gewechselt):	9
Mit ihrem Beruf waren ausdrücklich nicht zufrieden:	11
Beruf gewechselt, da organisch oder psychisch krank:	2
Schwierigkeiten mit Kollegen oder Vorgesetzten, wenig menschliche Kontakte:	12
Überfordert durch ihren derzeitigen Beruf:	8
Benachteiligt im Berufsleben:	4
Ausdrücklich genannte stetige Aufwärtsentwicklung mit erfolgreicher Karriere:	12
Abwärtsentwicklung in der Berufshierarchie, gescheitert:	4
Keine oder schlechte Ausbildung (infolge Krankheit oder Geldmangel) und deshalb unfreiwillige Ausübung des Berufes:	11
Gar keine Ausbildung erhalten	3

43 mal waren im Sinne dieser Fragestellung keine Informationen zu gewinnen. Aus den untersuchten Anamnesen ging jedoch klar hervor, daß infolge der Kriegswirren eine große Anzahl von Patienten eine schlechte Berufsausbil-

dung bekam und zu häufigem Arbeitsplatzwechsel veranlaßt wurde.

4.163 Finanzielle Situation

Von Interesse sollten hier nur die Angaben sein, die die knappe bis unzureichende wirtschaftliche Lage beleuchteten. So sagten 12 Patienten in ihren Anamnesen aus, daß sie in mangelhaften bis ausreichenden wirtschaftlichen Verhältnissen lebten oder gelebt hatten. 8 Patienten gaben immerhin an, daß bei ihnen nur eine unzureichende, lebensminimale Versorgung vorhanden war, und daß sie aus diesen Gründen zum Teil im Leben gescheitert waren. Sie konnten nicht die Berufe, die sie angestrebt hatten, erlernen und waren deshalb unzufrieden mit ihrer derzeitigen Arbeit.

4.164 Umwelt - Wohnung

Das Umwelt-Wohnung-Problem stellt einen wichtigen Punkt dar. Mitmenschliches Zusammensein und enges soziales Zusammenleben kann leicht Zündstoff für Konflikte bilden. Konflikte, die infolge des Zusammenlebens mit engsten Verwandten: Eltern, Schwiegereltern, Kinder und Großeltern entstanden waren, wurden bei 23 Patienten aufgedeckt. Meist ging es darum, daß Eltern bzw. Schwiegereltern im gleichen Haus wohnten und Einfluß ausüben wollten. Andererseits wohnten 40-jährige unverheiratete Patienten noch bei ihren Eltern. Mit Nachbarn, entfernten Verwandten und der direkten Umgebung entstanden 9 mal ernsthafte Probleme.

Aus den oben genannten Anlässen teilten 13 Patienten mit, daß sie unzufrieden mit ihrer Wohnung waren (die Untersuchung beschränkte sich auf die Unterscheidung: zufrieden/ unzufrieden). 6 Patienten hatten bisher überhaupt noch keine feste Bleibe gefunden. Auffällig an dieser Untersuchung war die hohe Umweltmobilität und der damit ver-

bundene häufige Wohnungswechsel (bei 23 Patienten zutreffend). Erklärt wurde dies mit Kriegswirren, schlechter Wirtschaftslage und dem daraus resultierenden häufigen Berufswechsel. Andere Patienten erklärten ihren vermehrten Berufswechsel damit, daß sie Karriere gemacht oder eine Tätigkeit im Außendienst übernommen hätten.

4.165 Sport, Hobbys

Um eventuell vorhandenen Leistungswillen und die Fähigkeit, soziale Beziehungen zu knüpfen, nachzuweisen, wurden die angegebenen Hobbys und der ausgeübte Sport untersucht. Nur 11 mal wurden zu diesem Punkt Angaben in den Anamnesen gemacht. 6 Patienten berichteten von ihren Hobbys: meist Musik und Philosophie, die restlichen 5 trieben gerne Sport. Bemerkenswert war die Aussage eines Patienten, der angab, daß er Sport als Therapie betrachte, um die "drängenden Stimmen" weniger zu spüren.

4.166 Soziale Isolation

So gut wie jeder Patient geriet in seiner Prodromalphase und erst recht in akuten Schüben oder Episoden in die menschliche Isolation. Die meisten Bekannten der Patienten zogen sich zurück bzw. der Patient konnte mit vielen Menschen überhaupt nichts mehr anfangen. So interessierte in diesem Zusammenhang, wie viele Patienten bereits isoliert lebten, bevor sie erkrankt waren. 31 % der Patienten vom Gesamtkollektiv gaben an, einsam und zurückgezogen gelebt zu haben oder durch Kontaktschwierigkeiten zum Einzelgänger geworden zu sein.

4.167 Sucht

Folgende Tabelle ließ sich aus den Ergebnissen erstellen:

	Unabhängig vom Zeitpunkt der Erkrankung	Erst ab akutem Krankheitsbeginn
Alkoholabusus	11	3
Nikotinabusus	10	1
Phantastika	4	-

Die Patienten, die angaben, erst Genußmittel mißbraucht zu haben, als sie merkten, daß sie seelisch erkrankt waren, begründeten dies Phänomen damit, daß sie die immer drängender werdenden Symptome betäuben wollten und durch die Konsumierung sich wohler gefühlt hätten.

4.17 Lebensknicke

In der Rubrik "Lebensknick" ging es um einschneidende, evtl. prägende Erlebnisse im Leben der Patienten. Gesondert sollte noch zusammengestellt werden, welche konkreten, im klaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausbruch der Krankheit stehenden Erlebnisse vorgelegen hatten. Da einmalige Erkrankungen und mehrfache Episoden in dieser Untersuchung nicht zu trennen waren, ergab sich damit ein größeres Kollektiv, d. h., Patienten nannten mehrere verschiedene Erlebnisse, nach denen es zum Ausbruch der Psychose kam.

Bei nur 9 Anamnesen war überhaupt keine Aussage erfolgt, so daß dieser Punkt der Untersuchung gut zu beantworten und zu analysieren war. Kriegserlebnisse, die nachhaltigen Eindruck hinterlassen hatten, wurden 9 mal genannt.

38 Patienten berichteten von folgenden eingeprägten zwischenmenschlichen Erlebnissen: der Partner verließ den Patienten oder er wurde untreu, die Schwiegermutter war gegen die Heirat, der Heiratsantrag wurde abgelehnt, die erste Liebe war enttäuschend, die Scheidung der Eltern. Das Zerbrechen menschlicher Beziehungen ist all diesen Beschreibungen gemeinsam. Oft hinterließen gewisse Schlüsselpersonen tiefe seelische Spuren bei den Patienten. Der Tod oder die schwere Erkrankung naher Verwandter waren weitere einschneidende Erlebnisse. Tiefe Schuldgefühle (z. B. auf Grund des ersten Geschlechtsverkehrs oder Verschulden eines Verkehrsunfalles) stürzten wiederum andere Patienten in Krisen.

Ein weiterer Unterpunkt beschäftigte sich mit Situationen, in denen Patienten stark belastet bzw. überfordert waren. 10 Patienten fühlten sich durch Prüfungsdruck, der einherging mit Überarbeitung, zu wenig Schlaf und Insuffizienzgefühlen oder Überforderung durch Abendschule oder andere Ausbildungsstätten am Ende ihrer Kräfte. 18 mal wurden Erlebnisse, die auf exogene Alterationen zurückgingen, angegeben (leichte Gehirnerschütterungen, schwere Verletzungen und Operationen, organische Erkrankungen z. B. Tbc 4 mal). 8 Patienten konnten sich noch genau an die schrecklichen Tage im Landeskrankenhaus und die Elektro-Schockerlebnisse erinnern. Weitere 18 Patienten gaben noch besondere, für sie schwerwiegende Erlebnisse an. Darunter fielen: Abtreibungen, Flucht aus der DDR, Selbstmordversuche, Fehlgeburten und Konsumierung von Phantastika.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Ausbruch der Psychose standen folgende Vorfälle[I]:

14 mal trat ein akuter Schub oder eine Episode auf einer Reise oder unmittelbar danach auf

9 mal erkrankten Patienten nach "enttäuschter Liebe"

I Die Vorfälle können entweder auslösender Faktor bzw. Schlüsselreiz für die Entstehung des Wahnes sein oder zufällig mit der Wahnentstehung zusammentreffen.

7 mal erkrankten Patienten, die unter Prüfungsdruck standen bzw. Angst vor Initiationen hatten
3 mal kamen Patientinnen ins Kloster und erkrankten dort
3 mal gab es schwere familiäre Schicksalsschläge
2 mal befanden sich Patientinnen im Klimakterium.

Einige Male konnten mehrere einschneidende Ereignisse zusammen beobachtet werden. Folgendes Beispiel einer sensiblen Patientin illustriert solche Vorkommnisse. Diese Patientin wurde von einem Mann verlassen, mit dem sie 4 Jahre zusammen gewesen war, sie sollte in der gleichen Zeit eine neue Stelle als Lehrerin antreten und erlitt obendrein eine Infektionserkrankung. Dies, so könnte man interpretieren, war zuviel für ihre psychische Widerstandskraft; die Folge war ein akuter paranoider Schub.

4.18 Schichtzugehörigkeit

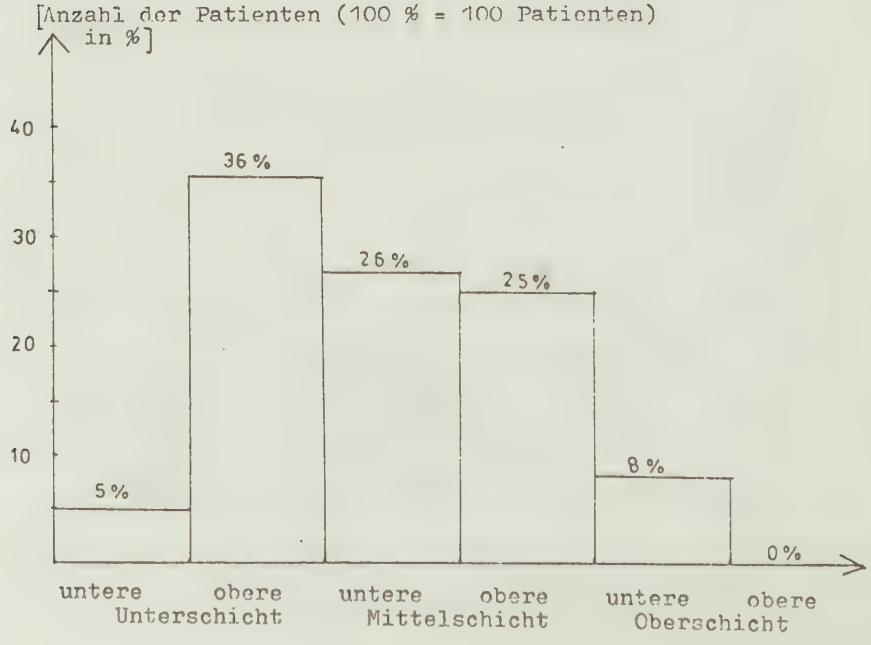
Bei der Zuordnung zu verschiedenen Schichten wurden mehrere soziale Fakten zu Grunde gelegt: die soziale Herkunft, die Schul- oder Hochschulabschlüsse, der erlernte Beruf und evtl. Einkommen/Besitztümer. Das Spektrum der Schichten wurde in 6 gängige Stufen unterteilt und in Anlehnung an R. KÖNIG (12) wie folgt definiert:

Oberschicht	obere:	Besitz an größeren Produktionsmitteln, Adelige und Erben mit bedeutenden Besitzungen
	untere:	leitende Angestellte und entsprechende Berufe, Akademiker mit gut dotierten Positionen, Besitzer mittlerer Betriebe

Mittelschicht
- obere: Akademiker, höhere Beamte und Angestellte, Besitzer kleiner Betriebe o. Fabriken
- untere: Beamte und Angestellte, Berufe mit Abiturnachweis, qualifizierte Berufe ohne Abitur

Unterschicht
- obere: Facharbeiter und entsprechende Angestellte, Volksschulabschluß und weitere Ausbildung
- untere: ungelernte Arbeiter, Hilfstätigkeiten, keinen Volksschulabschluß, keine Ausbildung

Graphische Darstellung der Schichtenverteilung aller untersuchenden Patienten:



4.19 Störfaktoren während der Sozialisation

4.191 Familienstruktur

4.1911 Aussagen über die Kindheit des Patienten

Diese Rubrik sammelte Aussagen, die völlig subjektiv von Eltern und Bekannten dem untersuchenden Psychiater mitgeteilt worden waren.

73 mal wurde konkret zu diesem Punkt nichts aufgezeichnet. Aus den restlichen Aussagen ergaben sich interessante Erkenntnisse. Oft wurde gesagt, daß das Kind sensibel, zurückgezogen, weich, kontaktgestört und überängstlich war. Weitere Charakteristika waren: rebellisch, nervös, aufbrausend, eigensinnig und gehemmt. Die Ängstlichkeit der Kinder scheint eine zentrale Stellung einzunehmen; in einem Fall schon nach 14 Monaten festzustellen. 2 x stotterten Kinder so stark, daß sich ihr ganzes Verhalten dadurch veränderte; sie zogen sich zurück, wurden unsicherer und entwickelten sich zu Sonderlingen. 5 Patienten waren bereits als Kleinkinder schwer seelisch erkrankt, davon litten 2 unter Asthmaanfällen, die 3 weiteren mußten durch einen Jugendpsychiater behandelt werden. 4 Kinder hatten ein totales "broken home". Eines war nach der Geburt sofort in ein Heim gekommen, die anderen hatten früh ihre Eltern verloren bzw. die Eltern hatten jahrelang derartige Spannungen in ihren Ehen, daß die Scheidung eingereicht wurde.

Im nächsten Abschnitt ging es um die Eltern-Kind-Beziehung. Wegen der Wichtigkeit dieses Punktes wurde eine differenzierte Aufschlüsselung vorgenommen.

4.1912 Beziehung Mutter-Kind

Insgesamt wurde 30 mal Auskunft gegeben. 3 mal wurde die Mutter-Kind-Beziehung als gut bezeichnet.

Erschwerende Momente der Beziehung waren:

Mutter war seelisch krank (z.B. Schizophrenie, Schwangerschaftspsychose)	7 mal
Mutter zeigte extremes seelisches Verhalten (z. B. nervös, labil, cholerisch, hysterisch)	4 mal
Stark dominierende Mutter (Kinder lehnten sich dagegen auf oder litten darunter)	4 mal
Mutter hatte keine Zeit für das Kind (z. B. wegen Berufstätigkeit)	6 mal
Mutter lehnte das Kind ab	5 mal
Tiefe, enge Bindung zwischen Mutter und Kind mit Erschwerung der späteren Ablösung	3 mal

Der krasseste Fall eines "broken home" trotz vorhandener Mutter-Kind-Beziehung sah so aus: ein Kind hatte extreme Schäden dadurch davongetragen, weil die Mutter verschiedene Liebhaber im Beisein der Tochter (2-4 Jahre) gehabt hatte. Die Patientin erinnerte sich recht genau daran und zeigte heute noch reaktive Symptome.

4.1913 Beziehung Vater-Kind

Es lagen 32 Beantwortungen vor; aufgeschlüsselt ergab sich folgendes Bild:

Beziehung war gut, Vater wurde verehrt	3 mal
Vaterverwaisung	19 mal
davon verwaist, weil Vater im Krieg gefallen, gestorben oder verunglückt war	7 mal
verwaist, weil der Vater die Familie verlassen hatte	8 mal
Vater war Alkoholiker	4 mal
Stark dominierender Vater	2 mal
Sehr schwache Vater-Kind-Beziehung	4 mal

Zu tiefe und enge Bindung	1 mal
Abnormes psychisches Verhalten des Vaters	5 mal

4.1914 Beziehung Vater-Mutter

25 mal gab es Aussagen in den Krankengeschichten mit nachstehender Aufschlüsselung:

Teilweise über Jahre anhaltende Spannungen mit endgültiger Scheidung	8 mal
Ein Elternteil seelisch schwerkrank	8 mal
Ungleiche Partnerbeziehung (z. B. paradoxes Rollenverhalten)	6 mal
Ein Elternteil war Alkoholiker	4 mal
Vater schwer kriegsverletzt	2 mal

Keinerlei Auskünfte aus den Punkten 4.1912 - 4.1914 konnten aus 48 Anamnesen eingeholt werden.

4.192 Frühkindliche Entwicklung

4.1921 Erlebnisse aus der Kindheit

Es sollten einschneidende und schockierende Erlebnisse aus der Kindheit aufgezählt werden, die vielleicht prägend auf das Kind eingewirkt hatten. Häufig waren mehrere Merkmale für ein Kind zutreffend.

23 mal konnten keine Informationen gewonnen werden. Fast 50 % der Patienten wuchsen während des 2. Weltkrieges auf. Einige wurden auf der Flucht geboren. Nicht wenige erlebten schreckliche Kriegsereignisse, Zerstörungen und Evakuierungen. Viele mußten schlimmsten Hunger und Kälte aushalten. Patienten, die als Kinder bewußt die Flucht miterlebt hatten (6 Jahre und älter), berichteten darüber 12 mal in den Anamnesen. 10 mal stand in den Krankengeschichten,

daß der Tod eines nahen Verwandten in schrecklicher Erinnerung geblieben war.

Schwere Unfälle und/oder länger verbrachte Zeiten im Krankenhaus haben 14 Kinder mitgemacht. 6 mal war die Scheidung der Eltern mit den vorausgegangenen Auseinandersetzungen als bleibendes Erlebnis haften geblieben. Angaben, daß sie als Kinder von ihren Schul- und Spielgefährten gehänselt oder geärgert worden waren, machten 10 Patienten.

4 mal konnten sich Patienten noch an ihre schizophrene Mutter oder ihre schizophrenen Geschwister erinnern, ein Patient davon gab an, sein schlimmstes Erlebnis sei der Selbstmord seiner Mutter gewesen.

4.1922 Erziehung

In 45 % aller Krankenfälle war keine konkrete Aussage über den Bereich Erziehung gemacht worden.

Es bleibt festzuhalten: 30 % aller Patienten waren als Einzelkinder aufgewachsen. 8 mal ließen sich Eltern scheiden und wahrscheinlich wurde dadurch die Erziehung des Kindes gestört. In mindestens 4 Fällen war nicht auszuschließen, daß schizophrene Mütter ihr Kind miterzogen hatten. 8 mal wuchsen Patienten als Kinder unter sog. paradoxer Kommunikation auf. Praktisch keine Erziehung wurde 5 Kindern zuteil. Ihre Eltern hatten entweder keine Zeit bzw. die Kinder hatten keine Eltern. 8 Patienten gaben an, streng religiös erzogen worden zu sein; 2 Patientinnen waren im Nonnenkloster aufgewachsen.

4.1923 Soziale Klasse in der der Patient aufgewachsen ist

Für diese Betrachtung kam nur die tiefe soziale Klasse in Frage. In der Unterschicht fehlen oft die Voraussetzungen, um eine ausreichende Sozialisation und Internalisation zu gewährleisten.

18 mal wuchsen Kinder in der tiefsten sozialen Klasse auf, meist vergesellschaftet mit schlechten Wohnverhältnissen. Weitere 17 Familien, die nach dem Kriege als Ausgebombte oder Flüchtlinge von vorne anfangen mußten. Gerade in diese Aufbauzeit fiel die Kindheit der hier genannten Patienten. Sie lebten als Flüchtlinge in sogenannten Auffanglagern, wurden hin und her geschickt und litten unter den katastrophalen Wohnbedingungen. 7 Patienten gaben an, wegen der Armut der Eltern keine weiterführenden Schulen besucht zu haben.

4.1924 Zufälliges Schicksal, Tod und Krankheit bei den wichtigsten Bezugspersonen

Die Aufschlüsselung sieht folgendermaßen aus:

Vater verließ die Familie, obwohl enge Beziehungen zum Kind bestanden hatten	6 mal
Vater war im Krieg gefallen oder gestorben	7 mal
Mutter war gestorben	1 mal
Ein Teil der Geschwister war im Krieg umgekommen oder gestorben	6 mal
Als Kind erlebt, wie die Mutter psychotisch wurde	7 mal

4.1925 Aufenthalt in Heimen

Nach der modernen Entwicklungspsychologie ist bekannt, daß längere Heimaufenthalte bei Kleinkindern bleibende seelische Schäden hinterlassen können. Bei der vorliegenden Untersuchung ergab sich, daß 4 Kinder im Heim gewesen waren, 2 wuchsen zeitweise bei ihren Großeltern auf, 3 lebten eine gewisse Zeit bei Stiefeltern.

4.1926 Mobilität der Familie

29 Patienten haben eine hohe Mobilität in ihrer Jugend miterlebt. Dies ist insofern bemerkenswert, als der häufige Wechsel die Sozialisation und Internalisation stören und Dispositionen verstärken kann. Berufs- und Umweltwechsel, also hohe horizontale Mobilität, waren vorherrschend, davon konnten 19 Fälle durch Kriegs- und Nachkriegswirren erklärt werden.

4.193 Angehörige einer Minderheit

Welchen Minderheitsgruppen die in Betracht kommenden Patienten angehörten, ist aus folgender Tabelle zu ersehen.

	Anzahl der Patienten
Flüchtlinge	22
Vaterlose Familien	9
Waise und Vollwaise	1
uneheliches Kind	4
Ausländer	1
Zirkuskind	1
als Deutsche im Ausland	1

4.2 Ergebnisse der Wahninhaltsuntersuchungen

4.21 Erklärung der Aufteilung

Die Aufgliederung der Wahnthemata erfolgte nach ihrem Inhalt.

A) Wahnhafte Ahnungen - Vorahnungen

B) Beeinflussungswahn

C) Erklärungswahn:
d.h. Wahnwahrnehmungen, die gezielt ausgedeutet werden und Gewißheit erlangt haben. Der Erklärungswahn ist streng von den Halluzinationen zu trennen, auch wenn die Trennung nicht immer leicht ist.

D) Wahnideen
Die Wahnideen wurden folgendermaßen aufgeteilt:
Beziehungswahn, Bedeutungswahn, Verfolgungswahn einschließlich Vergiftungs-, Eifersuchts- und Bestehlungswahn, Religionswahn, Sexualwahn, Größenwahn und Schuld-Versündigungswahn.
Dabei war der Größenwahn mit dem Religionswahn oft identisch.
Weitere unwichtige Wahnformen, die nicht zur Auswertung kamen, waren der:
Verkennungswahn, Vernichtungswahn, Existenzwahn, Krankheitswahn, Abstammungswahn, Personenverkennung und Transitivismus.

4.22 Aufgeschlüsselte Einzelergebnisse

Die Summe der einzelnen Wahninhalte lag meist über 100, da durch die Analyse jeder Patient mehrere Wahninhalte vorzuweisen hatte. In dem Abschnitt 5. Diskussion wurde versucht, die Unterabteilungen von einzelnen Wahnformen zu sinnvollen übergeordneten Wahnsystemen wieder zusammenzufassen.

Verteilungstabelle der unter 4.21 genannten Symptome

Symptome	Anzahl des Gesamtkollektivs
A) Wahnhafte Ahnungen - Vorahnungen	17
B) Beeinflussungswahn	42
C) Erklärungswahn	48
D) Wahnideen	
a) Beziehungswahn	46
b) Bedeutungswahn	42
c) Verfolgungswahn	65
Vergiftungswahn	23
Eifersuchtswahn	7
Bestehlungswahn	4
d) Religionswahn	25
e) Schuldwahn	26
Versündigungswahn	7
f) Sexualwahn	25
g) Größenwahn	22

4.23 Wahninhalte

4.231 Der Verfolgungswahn

In der vorliegenden Untersuchung kam der Verfolgungswahn in 65 % aller Fälle vor und war damit der häufigste Wahninhalt.
Idealtypisch trat der Verfolgungswahn bei den Patienten etwa so auf: eine "Gruppe", manchmal benannt, manchmal anonym, beobachtete, verfolgte und beeinträchtigte den Patienten. Dies geschah mit Hilfe vieler verschiedener physikalischer Geräte.

4.232 Vergiftungs-, Eifersuchts-, Bestehlungswahn

Beim Vergiftungswahn nahmen Patienten am häufigsten an, die Speisen und Getränke seien vergiftet. Essen und Trinken wurden infolgedessen verweigert. Mißtrauisch, durch den Verfolgungswahn, führten die Kranken fast jede körperliche Beeinträchtigung auf Gift in den Nahrungsmitteln zurück.

Der Eifersuchtswahn hat dagegen ein zwischenmenschliches Problem zum Inhalt. Immer waren es Ehefrauen/oder Ehemänner, die beschuldigt wurden. In den meisten Fällen ließ sich auch eine tatsächliche Verfehlung nachweisen, die aber zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Eifersuchtsideen keine direkte Beziehung mehr hatte.

Patienten mit Bestehlungswahn gaben nicht - wie erwartet - an, daß ihnen Wertsachen gestohlen worden waren, sondern es handelte sich um persönliche, bedeutungsvolle Gegenstände (z. B. Briefe, Dokumente).

4.233 Beziehungswahn

Beim Beziehungswahn glaubten die Patienten, eine in sich veränderte Umwelt wahrzunehmen. So bezogen bei diesen Fällen die Kranken vor allem alltägliche Abläufe und Ereignisse auf sich selbst. Sie fühlten sich von fremden Menschen angestarrt, man tuschelte, höhnte und redete hinter ihren Rücken. Äußerungen, Gelächter und Gespräche, die anderen galten, wurden vom Patienten auf sich selbst bezogen.

4.234 Bedeutungswahn

Für den Bedeutungswahn ist kennzeichnend, daß die Patienten belanglosen Ereignissen und Erlebnissen bedeutungsvolle Inhalte und Ahnungen zuweisen.

4.235 Schuldwahn

Die Inhalte des Schuldwahnes waren gut zu verstehen und hatten oft einen konkreten Anlaß.
Aus unterschiedlichsten Einbildungen entwickelten sich häufig starke Schuldideen.

4.236 Religiöser Wahn

Der religiöse Wahn hatte in den meisten Fällen Gott, Jesus, die Jungfrau Maria, den Teufel oder den Weltuntergang zum Inhalt. Oft identifizierten sich Patienten mit Gott, dem Teufel usw. oder sie hatten diese gesehen.

4.237 Sexueller Wahn

Beim Sexualwahn nahmen Patienten häufig an, hinter ihrem Rücken würde über die eigene Intimsphäre gesprochen und sexuelle Verfehlungen würden an die Öffentlichkeit gebracht. Bei einigen Patienten entwickelten sich deswegen heftige Schuldgefühle. Weibliche Patienten wähnten sich häufig schwanger, von fremden Männern sexuell verfolgt, oder sie wurden dauernd vergewaltigt und nicht in Ruhe gelassen.

4.238 Größenwahn

Sich gleichende, überwertige Ideen - bei verschiedenen Patienten - kamen in dieser Untersuchung nicht vor. Entweder identifizierte sich der Kranke mit Prominenten des öffentlichen Lebens, oder die Patienten erlebten sich als anonyme Macht.

5. Diskussion

5.1 Besprechung der einzelnen Ergebnisse

In der Diskussion wurde das soziale Umfeld auf 7 soziale Fakten reduziert. Diese lieferten bei fast allen Patienten Informationen und waren somit vergleichbar. Zum einen sollten die einzelnen Wahnideen im Zusammenhang mit der Umwelt diskutiert werden, zum anderen wurden Abweichungen vom Gesamtkollektiv gesondert herausgestellt. Im Punkt 5.19 Zusammenfassung werden die Auswertungen dieser sozialen Fakten synoptisch einander gegenübergestellt.

5.11 Beziehungen: Umwelt - Verfolgungswahn

Der Verfolgungswahn kam bei 65 Patienten vor. Allgemeine soziale Daten der Patienten mit Verfolgungswahn:

a) Die Altersangaben wurden in 4 Altersgruppen zusammengefaßt.

Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten mit Verfolgungswahn:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	26	15	11
31-40 Jahre	19	12	7
41-50 Jahre	13	7	6
51 u. älter	7	3	4
	Gesamt	37 :	28

Die Alters- und Geschlechtsverteilung unterscheidet sich nicht wesentlich vom Gesamtkollektiv.

b) Der soziale Status bzw. die Schichtzugehörigkeit wurde zum besseren Vergleich in nur 3 Kategorien aufgegliedert.

Unterer, mittlerer und hoher Status. Die Definitionen waren die gleichen wie bei Punkt 4.18.

Folgende Zahlen ergaben sich aus den Anamnesen:

35 x niedriger Status
23 x mittlerer Status
5 x hoher Status

Hier ist eine deutliche Verschiebung zum tiefen Status hin (gemessen am Gesamtkollektiv) festzustellen.

Bildungsgrad, den die Patienten zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung hatten:

die Hilfsschule hatte	1 Patient besucht
die Volksschule hatten	29 Patienten besucht
die Mittelschule (einschl. Gymnasium) hatten	13 Patienten besucht
die Fachhochschule hatten	3 Patienten besucht
die Universität (einschl. pädagogische Hochschule) hatten	11 Patienten besucht
Akademiker (einschl. Volksschullehrer) waren	8 Patienten

Diese Ergebnisse bedeuten eine leichte Häufung in den unteren Bildungsstufen.

c) Berufsstand:

Der Berufsstand ließ sich praktikabel in folgende Kategorien unterteilen:

Arbeiter	10 Patienten
Handwerker	11 Patienten
Beamte und Angestellte	28 Patienten
Selbständige	3 Patienten

Abrundend läßt sich hier eine Häufung der Arbeiter und Handwerker mit ca. 32 % feststellen (im Gesamtkollektiv mit 24 % vertreten).

d) Familienstand:
In diesem Punkte wurde ausgewertet, ob die Patienten ledig oder verheiratet waren,und ob es Ehekrisen oder andere Auffälligkeiten gegeben hatte.

ledig waren insgesamt	38 Patienten
davon mit familiären Problemen	6 Patienten
verheiratet waren insgesamt	27 Patienten
davon mit feststellbaren Ehekrisen	18 Patienten

Hier ist keine wesentliche Abweichung vom Gesamtkollektiv festzustellen.

e) Auslösende Faktoren, die den Ausbruch der Krankheit evtl. eingeleitet haben bzw. in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung standen, wurden in diesem Punkte diskutiert.

Liebesenttäuschungen, erste Erfahrungen auf sexuellem Gebiet, Heirat und Scheidung kamen	19 x vor
Berufliches Versagen, Streß durch Abendschulen, Berufsumschulungen, kamen	17 x vor
Umweltwechsel, d. h. Arbeitsplatzwechsel oder Reisen wurden	10 x genannt.

Diese 3 verschiedenen Kategorien: zwischenmenschliche Spannungen, Berufsstreß und Reisen schienen bei ihrem Zusammentreffen häufig dem Beginn einer schizophrenen Erkrankung vorauszugehen.

f) Nach diesen allgemeinen Betrachtungen soll erörtert werden, ob sich konkrete Wahninhalte aus der Umwelt eines Patienten ableiten lassen.

Bei 22 Patienten war der Verfolgungswahn nur flüchtig vorhanden, andere Wahnformen standen im Vordergrund.

Die Verfolgungsideen waren hier weitgehend das Produkt der "schizophrenen Stimmung".

In 43 Fällen nahm der Verfolgungswahn eine zentrale, beherrschende Stellung ein. 6 x konnten trotz gut ausdifferenziertem Verfolgungswahn keinerlei Beziehungen zur Umwelt konstruiert werden. Offenkundige Wahninhalt-Umwelt-Beziehungen ließen sich in den übrigen 37 Fällen herstellen.

Folgende Beispiele bilden repräsentative Gruppen:
6 Patienten arbeiteten im Verteidigungsministerium, bei der Flugsicherung der Luftwaffe oder als Geheimnisträger im Innenministerium. Bei ihnen entwickelte sich ohne Ausnahme ein "blühender" Verfolgungswahn. Die "bedrohenden Gruppen" waren der militärische Abschirmdienst oder tschechische und russische Agenten. Infrarotgeräte, Telefone, Hubschrauber und Tonbänder wurden zur Überwachung benutzt. Die Patienten erklärten sich die Verfolgung damit, daß sie Verbindungen zum Osten hatten, daß sie zuviel wußten oder Konstruktionspläne von neuen Panzern hatten.

Ein ähnliches Bild boten Patienten, die aus der DDR geflüchtet waren und dort vielleicht in irgendeiner Form wirklich überwacht worden waren (3 Patienten).

Spannungen, die im Beruf oder in der Familie entstanden waren, tauchten meist in Form der benannten "bedrohenden Gruppen" auf.

Erlebnisse wie Kränkung, Herabsetzung des Selbstwertgefühles und die Ohnmacht, Handlungen nicht beeinflussen zu können, konnten zusätzlich 31 x aus dem Leben der Patienten erschlossen werden. Eine große Bedeutung kam dem unbefriedigten Ehrgeiz zu, der so gut wie immer in den Lebensgeschichten vorkam. Bei einigen Patienten schien sich auch eine Isolation und eine hohe Mobilität erschwerend ausgewirkt zu haben (8 x).

Zusammenfassend und interpretierend stellte sich heraus:

Eine grundlegende Beziehung zwischen Umwelt und Wahninhalt - die für jeden Verfolgungswahn galt - gab es nicht (außer einer Häufung von Patienten aus unteren Schichten). Auffällig war aber, daß Objekte der Spannungen innerhalb der Familie und des Berufes häufig in den "bedrohenden Gruppen" auftauchten. Selten ließen sich hingegen die Methoden und Mittel der Verfolgung - unter Kenntnis des Umfeldes - erklären. Charakterliche Merkmale wie erhöhte Sensibilität, leichte Kränkbarkeit, hoher Ehrgeiz, keine große seelische Belastbarkeit und Erlebnisse, die das Selbstwertgefühl beeinträchtigt haben, trugen mit dazu bei, daß dieser Wahn entstehen konnte.

Einprägende Erlebnisse und deren Assoziation, tagespolitische Ereignisse, und sich wiederholende alltägliche Abläufe wurden mit in den Verfolgungswahn übernommen. Es blieb aber trotzdem ein erheblicher Anteil nicht verständlicher, wahrscheinlich zufälliger Wahninhalte.

5.111 Vergiftungswahn

Der Vergiftungswahn kam bei 24 Patienten vor, d. h., er hatte eine Wahrscheinlichkeit von $p_1 = 0{,}24$, in diesem Kollektiv vertreten zu sein. Die Wahrscheinlichkeit, daß ein Verfolgungswahn vorkam, lag bei $p_2 = 0{,}65$. Betrachtet man diese beiden Wahnformen als unabhängige Ereignisse, so dürfte die Wahrscheinlichkeit, daß beide zusammen im Kollektiv auftauchen, $p_1 \times p_2 = 0{,}16$ nicht wesentlich übersteigen. Bei dieser Untersuchung kamen jedoch Verfolgungswahn und Vergiftungswahn 22 mal ($p_3 = 0{,}22$) gemeinsam vor. Dieser Wert war signifikant höher als 0,16, demnach kann der Vergiftungswahn als Unterform des Verfolgungswahns angesehen werden.

a) Alters- und Geschlechtsverteilung:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	7	4	3
31-40 Jahre	6	3	3
41-50 Jahre	6	3	3
51 u.älter	5	4	1
	Gesamt	14 :	10

Die Ergebnisse zeigen, daß das Alter der Patienten sich gleichmäßig über alle Altersgruppen erstreckte und keine Häufung eines Geschlechts vorlag (dies trifft für das Gesamtkollektiv nicht zu).

b) Sozialer Status:

14 x tiefer Status
10 x mittlerer Status

Dies deutet auf eine ähnliche Verteilung wie beim Verfolgungswahn.

Der Bildungsgrad ließ sich wie folgt aufschlüsseln:

Hilfsschule besucht	1 Patient
Volksschule besucht	12 Patienten
Mittelschule besucht	4 Patienten
Fachhochschule besucht	2 Patienten
Universität besucht	2 Patienten
Akademiker	3 Patienten

c) Berufsstand:

Arbeiter	4 Patienten
Handwerker	3 Patienten
Beamte u. Angestellte	11 Patienten
Selbständige	1 Patient.

d) Familienstand:

ledig	10 Patienten
verheiratet	14 Patienten
davon mit Krisen o. Scheidung	8 Patienten

Hier fällt auf, daß dieses Kollektiv sich aus einem hohen Anteil von verheirateten Patienten zusammensetzt (58,5 %). Das Gesamtkollektiv beinhaltet 40 % verheiratete Patienten.

e) Direkte Beziehungen zum Umfeld ließen sich nur 7 x bei 24 Untersuchten erkennen. Auch hier handelte es sich um Spannungen in Familie und/oder Beruf. Die Vergiftungsabsicht ging meist vom Chef oder Ehepartner aus.

In einigen wesentlichen sozialen Parametern unterschieden sich Patienten mit Vergiftungswahn von solchen mit Verfolgungswahn und vom Gesamtkollektiv. Der Vergiftungswahn kam in jeder Altersgruppe gleich häufig vor und verheiratete Patienten waren bevorzugt.

5.112 Bestehlungs- und Eifersuchtswahn

Beide Wahnformen sind ebenfalls vom Verfolgungswahn abhängig und müssen deshalb hier eingeordnet werden. Die Kollektive dieser Wahnformen waren für eine genaue Analyse zu klein.

Folgende Bedingungen wurden beim Eifersuchtswahn ohne Ausnahme erfüllt. Die Patienten waren längere Zeit verheiratet und es gab erhebliche Spannungen im Eheleben. Der Eifersuchtswahn kam deshalb bei älteren Menschen verstärkt vor. Außerdem wurden Männer und Patienten tiefer Schichten bevorzugt.

Der Bestehlungswahn kam in der Regel bei älteren Menschen vor, die im Leben etwas versäumt zu haben glaubten. Auslösende Faktoren waren z. B. das Klimakterium.

5.12 Korrelation: Umwelt - Beziehungswahn

Bei der statistischen Durchrechnung ergab sich eine Beziehung zum Schuldwahn und zum religiösen Wahn.

Die Wahrscheinlichkeit, daß der Beziehungswahn und der

religiöse Wahn gemeinsam vorkomen, betrug in diesem Kollektiv p = 0,11. Die gefundene Wahrscheinlichkeit lag bei p = 0,07. Hier war somit eine negative Abhängigkeit feststellbar (s. 5.14, Abschnitt f).

Anders sah es beim Schuldwahn aus. Die Wahrscheinlichkeit, daß Schuld- und Beziehungswahn gemeinsam auftraten, lag bei p = 0,18. Rechnerisch durfte in diesem Kollektiv aber nur eine Wahrscheinlichkeit von 0,11 vorliegen. Dies bedeutete, daß der Beziehungs- und der Schuldwahn - zumindest in diesem Kollektiv - überhäufig gemeinsam vorkamen.

46 Patienten litten unter Beziehungsideen.

a) Alters- und Geschlechtsverteilung:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	20	12	8
31-40 Jahre	14	8	6
41-50 Jahre	9	3	6
51 u. älter	3	1	2
	Gesamt	24 :	22

Es gab keine großen Abweichungen vom Gesamtkollektiv.

b) Sozialer Status:

tiefer Status	22 x
mittlerer Status	20 x
hoher Status	4 x

Dieses Ergebnis ist nahezu identisch mit dem Gesamtkollektiv.

Bildungsgradverteilung:

Volksschule	25 Patienten
Mittelschule	7 Patienten
Universität	19 Patienten
Akademiker	3 Patienten

Das Gesamtkollektiv hat 45 % Patienten mit Volksschulbesuch, hier lag der Anteil über 56 %.

c) Berufsstand:

Arbeiter	13 Patienten
Handwerker	7 Patienten
Beamte u. Angestellte	21 Patienten
Selbständige	3 Patienten

d) Familienstand:

ledig	30 Patienten
verheiratet	16 Patienten
davon mit Ehekrisen	10 Patienten

e) Es fiel bei diesen Wahnideen auf, daß sie bei älteren, ledigen Frauen gehäuft vorkamen (12 x). Viele der Patienten waren sensibel und feinfühlig, sie litten unter Minderwertigkeitsgefühlen. Beziehungsideen schienen oft auf Reisen zum Ausbruch zu kommen.

Patienten mit Beziehungsideen nannten meist eine bestimmte Gruppe, die über sie tuschelte und redete. Es waren Menschen, die die Patienten öfter sahen, mit denen sie aber nicht zusammenlebten. So bezogen Patienten, die auf dem Dorfe lebten, die Gespräche des Postboten, des Pfarrers oder der Nachbarn auf sich selbst. In der Stadt lebende Patienten gaben Arbeitskollegen, Seminarteilnehmer und Kommilitonen an.

f) Zusammenfassend ließen sich folgende Beziehungen zwischen Umwelt und Beziehungswahn erkennen. Es bestand eine Korrelation zwischen Beziehungsideen und sensiblen Menschen, die wenig Selbstvertrauen hatten, die schon immer Angst hatten, daß man über sie spricht und schlechte Dinge über sie weitergibt. Ein Syndrom von 3 Wahnformen ließ sich nicht übersehen: 1. der Schuldwahn, 2. der Verfolgungswahn und 3. der Beziehungswahn. Alle 3 Formen kamen häufiger zusammen vor als es der statistischen Wahrscheinlichkeit entsprach. Voraussetzung für die Ent-

stehung des Syndrom war, daß sich die Patienten schuldig fühlten. Über diese Schuld redeten angeblich in versteckter Form andere Personen. Dadurch wurden die Patienten mißtrauisch, und als weitere Steigerung sahen sie sich verfolgt, beobachtet und bedroht.

5.13 Beziehung: Umwelt - Bedeutungswahn

Der Bedeutungswahn trat bei 42 Patienten in Erscheinung. Statistisch abhängige Wahnformen waren der Verfolgungswahn, der Sexualwahn und der Schuld-Versündigungswahn. Bedeutungs- und Schuld-Versündigungswahn hatten eine theoretische Wahrscheinlichkeit von p = 0,12 zusammen vorzukommen, kamen aber in Wirklichkeit 17 mal (p = 0,17) gemeinsam vor.

a) Alters- und Geschlechtsverteilung:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	14	7	7
31-40 Jahre	13	8	5
41-50 Jahre	11	4	7
51 u. älter	4	2	2
	Gesamt	21 :	21

Gegenüber dem Gesamtkollektiv fällt auf, daß das Alter der Patienten zu mittleren Altersgruppen hin verschoben ist, und,daß bei Patienten, die jünger als 30 Jahre sind, die weiblichen Patienten verstärkt vertreten sind. (Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt im Gesamtkollektiv 55 % : 45 %)

b) Sozialer Status:

tiefer Status	17 x
mittlerer Status	21 x
hoher Status	4 x

Dieses Ergebnis entspricht der Gesamtkollektivverteilung.

Der Bildungsgrad schlüsselte sich folgendermaßen auf:

Volksschule	19 Patienten
Mittelschule	10 Patienten
Fachhochschule	1 Patient
Universität	5 Patienten
Akademiker	7 Patienten

Bei Betrachtung dieser Ergebnisse ist auf den hohen Anteil von Patienten mit abgeschlossenem Hochschulstudium aufmerksam zu machen. In dieser Höhe konnte er bei keiner anderen Wahnform beobachtet werden. Im Gesamtkollektiv beträgt der Anteil der Akademiker 10 %, hier liegt er bei ca. 17 %.

c) Berufsstand:

Arbeiter	6 Patienten
Handwerker	7 Patienten
Beamte u. Angestellte	17 Patienten
Selbständige	3 Patienten

Es fällt die geringe Arbeiterquote auf. Der hohe Anteil an Beamten und Angestellten bestätigt nochmals, daß Bedeutungsideen bei Angehörigen höherer Schichten vermehrt vorkommen.

d) Familienstand:

ledig	22 Patienten
verheiratet	19 Patienten
davon mit Ehekrisen	12 Patienten

Das gehäufte Vorkommen verheirateter Patienten läßt sich durch das höhere Durchschnittsalter dieses Kollektivs erklären.

e) In 17 Fällen ließen sich auslösende Faktoren eindeutig als Eheschwierigkeiten, Scheidungen und Liebesenttäuschungen ausmachen. Alle anderen Faktoren fielen statistisch nicht ins Gewicht.

f) Der Bedeutungswahn kam bei Patienten vor, die durchschnittlich älter waren und einer höheren sozialen Schicht angehörten. Weitere Beziehungen zur Umwelt ließen sich nicht feststellen. Diese Form des Wahns bestand meist aus diffusen Anteilen, denen wenig konkreter Inhalt entnommen werden konnte. Bei Vergesellschaftung des Bedeutungswahns mit anderen primären Wahnformen konnten jedoch alltägliche und gewöhnliche Dinge, die ahnungsvolle Bedeutung gewonnen hatten, im z. B. religiösen oder sexuellen Sinne interpretiert werden.

5.14 Beziehung: Umwelt - Schuld-Versündigungswahn

Auf Grund der hier beobachteten Ergebnisse müssen der Schuld- und Versündigungswahn gemeinsam behandelt werden. Es gab in der Auswertung nur einen isolierten Versündigungswahn, sonst kamen immer beide Wahnformen gemeinsam vor.

Die statistische Abhängigkeit wies eindeutig darauf hin, daß der Schuldwahn eng verbunden mit dem Sexualwahn und religiösen Wahn gesehen werden muß. Interessanterweise kam im Gesamtkollektiv nie ein Schuldwahn in Verbindung mit einem Größenwahn vor. (Die rechnerische Wahrscheinlichkeit wäre $p = 0,065$).

Der Schuld-Versündigungswahn konnte 26 mal aus den Anamnesen entnommen werden, darunter 7 Fälle von Versündigungswahn.

a) Alters- und Geschlechtsverteilung:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	13	10	3
31-40 Jahre	8	5	3
41-50 Jahre	2	1	1
51 u. älter	3	2	1
	Gesamt	18 :	8 .

Es fällt auf, daß fast die Hälfte aller Patienten zwischen 19 und 30 Jahren alt war.

b) Sozialer Status:

tiefer Status	9 Patienten
mittlerer Status	13 Patienten
hoher Status	4 Patienten

Dieser Wahn kommt eindeutig bei Patienten mit höherem sozialen Status gehäuft vor.

Bildungsgrad:

Volksschule	9 Patienten
Mittelschule	5 Patienten
Fachhochschule	3 Patienten
Universität	5 Patienten
Akademiker	3 Patienten

Patienten der höheren Bildungsstufen hatten bevorzugt Schuld- und Versündigungsideen.

c) Berufsstand:

Arbeiter	5 Patienten
Handwerker	4 Patienten
Beamte und Angestellte	7 Patienten
Selbständige	2 Patienten

Hier gibt es keinerlei Abweichungen vom Gesamtkollektiv.

d) Familienstand:

ledig	13 Patienten
verheiratet	13 Patienten
davon mit Ehekrisen u.ä.	6 Patienten

e) Die Rubrik: auslösende Faktoren der Psychose zeigte ein vielfältiges Bild. 9 mal entwickelte sich der Wahn nach einem Liebesverhältnis und einer -enttäuschung. 4 mal wurden Spannungen im Berufsleben genannt. Prüfungsdruck, Nichtbeförderung, ungerechte Behandlung usw. kamen ebenfalls vor.

f) Junge männliche Patienten litten verstärkt unter Schuld-Versündigungsideen. Meist waren sie verheiratet und gehörten einer höheren sozialen Schicht an.

Die Inhalte des Schuldwahns ergaben sich bis auf wenige Ausnahmen aus persönlichen und zwischenmenschlichen Bereichen. Der Schuldwahn bestand in den Psychosen oft aus schweren Schuldvorwürfen. Etwa in der Hälfte der Anamnesen mit Schuldideen war eine strenge christliche Erziehung erfolgt. In einigen Fällen wuchsen Patientinnen im Nonnenkloster auf. Daraus ließ sich ableiten, daß bei 10 Patienten Schuldgefühle gegenüber Gott vorlagen. Die christlichen Religionen können sicher in einigen Fällen, bei sensiblen und selbstunsicheren Persönlichkeiten (recht hoher Anteil in dieser Untersuchung) Schuldgefühle erzeugen, so daß ein evidenter Zusammenhang zwischen Umwelteinfluß und der Wahngestaltung zu sehen ist.
Eine weitere Beziehung ließ sich bei Patienten mit stark ausgeprägtem Überich entdecken. Durch fiktives oder wirkliches Stattgeben des Geschlechtstriebes kam es im Wahnerleben zu schweren Schuldvorwürfen.
Es schien, daß einige Patienten, die auf Grund ihrer Lebensgeschichte eher für einen Religions- oder Sexualwahn praedisponiert wären, "nur" einen Schuldwahn mit neutralem Inhalt ausbildeten.

Bemerkenswert war auch, daß sich Größenideen und Schuldideen prinzipiell gegensätzlich verhielten. Wenn es keinerlei Einfluß der Umwelt auf die Wahnformen gäbe, müßten selbst derartig gegensätzliche Wahninhalte zufällig wenigstens einige Male gemeinsam vorkommen. In der vorliegenden Untersuchung war dies jedoch kein einziges Mal der Fall.
Trotz dieser offenkundigen Beziehungen muß betont werden, daß auch bei dieser Wahnform unerklärliche Schuldgefühle aus der schizophrenen Wahnstimmung heraus entstehen können. Untermauern läßt sich diese Aussage durch das häufige gemeinsame Vorkommen von Schuld-, Beziehungs- und Bedeutungsideen, die auch ähnliche Entstehungsursachen haben können.

Die Handlungen und Affekte der Patienten mit Schuldideen ließen sich häufig gut verstehen. Wenn erst einmal Schuldanklagen und -Vorwürfe da waren, dann entstand oft eine (unerklärliche) Angst vor Strafe.

5.15 Beziehung: Umwelt - religiöser Wahn

Der religiöse Wahn kam im Gesamtkollektiv 25 mal vor. Bei Betrachtung der Abhängigkeit dieser Wahnform von anderen, zeigten die mathematischen Ergebnisse für den Größenwahn eine positive Korrelation.

In den vorhergehenden Kapiteln wurde bereits auf das häufige gemeinsame Vorkommen von religiösem Wahn und Schuldwahn hingewiesen. Auch das überaus seltene Auftreten von religiösem Wahn und Beziehungsideen wurde erwähnt.

a) Alters- und Geschlechtsangaben:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30 Jahre	12	9	3
31-40 Jahre	9	7	2
41-50 Jahre	4	1	3
51 u. älter	-	-	-
	Gesamt	17 :	8

Dieses Kollektiv besteht vorwiegend aus jüngeren, männlichen Patienten.

b) Sozialer Status:

tiefer Status	16 x
mittlerer Status	8 x
hoher Status	1 x

Hier liegt eine auffällige Häufung von Patienten mit tiefem Status vor (ca. 65 %; im Gesamtkollektiv nur 41 %).

Bildungsgrad:

Volksschule	14 Patienten
Mittelschule	5 Patienten
Fachhochschule	1 Patient
Universität	4 Patienten
abgeschlossenes Hochschulstudium	1 Patient

Anhand des Bildungsgrades läßt sich der Trend der Bevorzugung von Patienten aus tieferen Schichten nicht so klar erkennen wie in der Untersuchung des sozialen Status.

c) Berufsstand:

Arbeiter	8 Patienten
Handwerker	6 Patienten
Beamte und Angestellte	6 Patienten
Selbständige	-

Arbeiter und Angestellte machen hier zusammen knapp 50 % aus, im Gesamtkollektiv 34 %.

d) Familienstand:

ledig	18 Patienten
verheiratet	7 Patienten
davon mit Ehekrisen usw.	4 Patienten

Durch das relativ junge Alter dieses Kollektivs ergibt sich vermutlich die Bevorzugung der ledigen Patienten (hier 72 %; im Gesamtkollektiv 60 %).

e) Bei 13 Patienten waren evtl. wahnauslösende Faktoren zu eruieren. Es ging, wie auch bei anderen Wahnformen, um Spannungen in Familie und Beruf, desweiteren Enttäuschungen in menschlichen Beziehungen.
Der religiöse Wahn kam auffallend häufig bei jungen, männlichen Patienten vor, 66 % von ihnen hatten die Volks- oder Mittelschule besucht. Entsprechend dieser Schulbildung waren die meisten Patienten Arbeiter oder Handwerker.

Eine wichtige Fragestellung war, wie weit Patienten, bevor sie erkrankt waren, sich mit religiösen Problemen beschäftigt hatten. Viele Patienten gaben ausdrücklich an, daß sie vor Ausbruch der Krankheit nicht religiös gewesen waren und sich mit dieser Materie nicht weiter beschäftigt hatten. Nur bei einer Patientin konnte ein religiöser Wahn beobachtet werden, der subtile Kenntnisse der Religion voraussetzte. Die übrigen Wahnideen waren mehr allgemein, oberflächlich formuliert. Bei 3 weiteren Patientinnen ließ sich ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen dem Leben und den Wahnideen herstellen. Diese Patientinnen waren in streng christlichen Heimen oder im Kloster aufgewachsen.

5.16 Beziehungen: Umwelt-Sexualwahn

Der Sexualwahn wurde in 25 Anamnesen aufgeführt. Neben dem Schuld- und Bedeutungswahn kam auch der Größenwahn gehäuft zusammen mit dem Sexualwahn vor.

a) Alters- und Geschlechtsverteilung:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30	9	6	3
31-40	10	4	6
41-50	5	-	5
51 u. älter	1	-	1

Eine eindeutige Häufung von Patienten in der Altersgruppe 31-40 Jahre fällt hier auf (im Gesamtkollektiv 28 %, hier 40 %). Die Geschlechtsverteilung im mittleren und höheren Alter ließ eine evidente Bevorzugung weiblicher Patienten erkennen.

b) Der soziale Status der Patienten teilte sich folgendermaßen auf:

tiefer Status	12 Patienten
mittlerer Status	11 Patienten
hoher Status	2 Patienten

Eine ganz leichte Verschiebung zum tiefen Status ist gegenüber dem Gesamtkollektiv zu beobachten.

Die Zusammensetzung des Bildungsgrades der Patienten mit Sexualwahn:

Volksschule	11 Patienten
Mittelschule	5 Patienten
Universität	5 Patienten
Studium an der Universität abgeschlossen	4 Patienten

Hier ist keine Verschiebung zu einzelnen Bildungsgruppen gegenüber dem Gesamtkollektiv zu beobachten.

c) Berufsstand:

Arbeiter	10 Patienten
Handwerker	1 Patient
Beamte und Angestellte	7 Patienten
Selbständige	-

Während in Punkt b) nur eine leichte Verschiebung zum tieferen Status besteht, läßt sich beim Berufsstand ein eindeutiges Überwiegen der Arbeiter und Handwerker feststellen. (Anteil der Arbeiter im Gesamtkollektiv 19 %, in dieser Untersuchung 40 %.)

d) Familienstand:

19 !! Patienten dieses Kollektivs waren ledig. 5 Patienten

waren verheiratet (3 davon mit zerrütteter Ehe). 1 Patientin war verwitwet.
In eindeutiger Weise wird hier dokumentiert, daß der Sexualwahn so gut wie ausschließlich bei ledigen Patienten vorkommt, (Anteil der ledigen Patienten im Gesamtkollektiv 60 %; beim Sexualwahn 80 %).

e) Bei 11 Patienten entstand der Sexualwahn, nachdem sie Enttäuschungen in der Liebe bzw. Ehe erlebt hatten, oder nachdem ihnen klar wurde, daß sie zu alt geworden waren, um noch einen Partner zu finden (meist im Klimakterium). 3mal ging eine schwere organische Krankheit dem Ausbruch voraus, 3mal brach der Wahn auf einer Reise aus oder Patienten befanden sich im Prüfungsstreß bzw. Berufsleben in Schwierigkeiten (5 x).

f) Bis auf einige Ausnahmen trat der Sexualwahn bei ledigen Patientinnen auf; er kam gehäuft in einem Alter um 30 - 40 Jahre vor. Ein Einfluß der Umwelt auf die Ausgestaltung des Sexualwahnes war eindeutig zu beobachten. Es ging um eine stark moralisierende Sexualerziehung, die die Patienten in ihrer Jugend erfahren hatten (12 mal direkt aus den Anamnesen zu entnehmen). Beim Wachwerden des Geschlechtstriebes ließ die Angst vor der Sexualität einen tiefen seelischen Konflikt entstehen. Die Erziehungsdefekte, z. B. starkes moralisches Überich, wurden mit den sexuellen Gefühlen und Impulsen konfrontiert. Meist lief dann folgender Konfliktmechanismus ab: die Angst vor den eigenen Gefühlen konnte durch Verdrängung, Projektion oder Sublimierung verschoben werden. Gelang dies nicht, und kamen noch einige praedisponierende Charaktereigenschaften (zurückhaltend, scheu) dazu, dann konnte ein Sexualwahn entstehen. Bei 19 Patienten gelang der Nachweis dieses Ablaufs.
Eng mit dem Ausbruch von Sexualideen hängt ein sexuell unbefriedigend geführtes Leben zusammen, dies sowohl bei den ledigen wie bei den verheirateten Patienten. Die

verheirateten Patientinnen lebten teilweise schon sehr lange in einer zerrütteten Ehe. Eine zusätzliche Disposition könnte eine überdurchschnittliche Triebstärke sein.

5.17 Beziehung: Umwelt-Größenwahn

Der Größenwahn kam bei 22 Patienten vor. Im Punkt 5.14 wurde auf die negative Abhängigkeit des Größen- und Schuldwahns hingewiesen. Es kam 13 mal ein vom religiösen Wahn unabhängiger Größenwahn vor.

a) Alters- und Geschlechtsangaben:

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	männlich	weiblich
19-30	9	9	-
31-40	8	5	3
41-50	5	4	1
50 u. älter	-	-	-
	Gesamt	18 :	4

Dieses Kollektiv weist extrem viele männliche Patienten auf (Gesamtkollektiv 55 %, hier 83 %).

b) Soziale Schichten:

tiefer Status	8 Patienten
mittlerer Status	13 Patienten
hoher Status	1 Patient

Es ist keine entscheidende Abweichung vom Gesamtkollektiv zu vermerken.

Die Bildungsgradverteilung dieses Kollektivs:

Volksschule	8 Patienten
Mittelschule	4 Patienten
Fachhochschule	2 Patienten
Universität	5 Patienten
Akademiker	3 Patienten

Auch hier sind keine großen Abweichungen vom Gesamtkollektiv zu beobachten.

c) Der Berufsstand zeigte folgendes Bild:

Arbeiter	3 Patienten
Handwerker	4 Patienten
Beamte und Angestellte	9 Patienten
Selbständige	1 Patient

Keine Abweichung vom Gesamtkollektiv.

d) Familienstand:

ledig	15 Patienten
verheiratet	7 Patienten

bei allen gab es schwere Eheprobleme bzw. die Patienten waren geschieden.

Hier kamen ledige Patienten gehäuft vor.

e) Ähnliche Umweltfaktoren wie beim religiösen Wahn haufen auch einen Größenwahn auszulösen. Außerdem kamen Enttäuschungen in zwischenmenschlichen Beziehungen und psychische und/oder physische Überlastung dazu.

f) Einerseits handelte es sich bei diesem Wahngeschehen um sensible, empfindliche Menschen, die oft sehr ehrgeizig waren, alles im Leben richtig machen wollten und meist unter schwierigen Lebensbedingungen aufgewachsen waren. Andererseits konnte es zum Ausbruch überwertiger Ideen kommen, wenn es im Leben der Patienten Schwierigkeiten gab, wenn sie sich sozial benachteiligt fühlten oder wenn eine Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Beruf vorlag, vor allem aber wenn Beziehungen mit nahestehenden Personen aufgekündigt wurden. Jedesmal ging es um eine schwere Herabsetzung des Selbstwertgefühls.

Das bei diesem Wahn bevorzugte Lebensalter der Patienten von 20 - 40 Jahren sprach dafür, daß viele von ihnen ihr Leben noch aufbauten und weiterkommen wollten (6 Patienten waren auf Abendschulen. Ausdruck des Ehrgeizes und der Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Beruf). Mit diesen Schwierigkeiten wurden einige Patienten nicht fertig. Auch fiel auf, daß Patienten ihre Enttäuschungen und Schwierigkeiten im Leben irgendwie kompensieren wollten. Eine direkte Beziehung bestand zwischen Patienten, die in sozial untergeordneten Positionen tätig waren, und dem Wahninhalt. Diese Patienten wollten Macht ausüben und andere Menschen dirigieren. Weitere überwertige Ideen schienen oft typisch kompensatorische Phantasievorstellungen zu sein.
Alleinlebende, zurückgezogene Menschen kamen beim Größenwahn nicht vor; für diese Art Wahn kommt es auf das Zusammenleben mit anderen Menschen an.

5.18 Beziehung: Umwelt - Beeinflussungs- und Erklärungwahn

Die Inhalte der Halluzinationen zu untersuchen war nicht Aufgabe dieser Arbeit. Es bestand aber ein Zusammenhang zwischen den Halluzinationen, die der Patient fühlte und erlebte, und den Schlußfolgerungen, die aus diesen Beeinflussungen (Beeinflussungswahn) gezogen wurden (Erklärungswahn). Zwischen Beeinflussungs- und Erklärungswahn war häufig nicht klar zu unterscheiden, da es immer wieder fließende Übergänge gab.
Halluzinationen mit ihren Folgeerscheinungen sind ein wichtiges Symptom für die Schizophrenie und kommen gerade bei der paranoid-halluzinatorischen Form fast immer vor. Um hier Beziehungen aufzuzeigen, müßte man sich mit der Ätiologie der Schizophrenie beschäftigen, was ebenfalls nicht Aufgabe dieser Untersuchung war. Deshalb interessierte nur der Erklärungswahn, in den persönliche und umweltbedingte Momente einfließen können.

Zusammenhänge und Beziehungen zwischen Umwelt und Erklärungswahn bestanden bis auf einige Ausnahmen nicht. Es läßt sich an Hand des Erklärungswahns gut der technische Stand einer Gesellschaft erkennen. Bei Patienten, die aus anderen Zivilisationen kommen, muß der Erklärungswahn zwangsläufig anders aussehen. Der Einfluß der Umwelt auf die Inhalte des Wahnes bestand in einer Wiederspiegelung des Zeitgeistes, der Zeitströmungen und der Kulturleistungen, in Abhängigkeit von dem geistigen Potential des Patienten.
Eine zentrale Stellung nahmen die Hypnose und Telepathie ein. Diese Phaenomene (z. B. in unserer Zeit sehr aktuell durch die Diskussion über die Parapsych ologie) ermöglichen es sehr vielen Patienten, durch die Kenntnis dieser Erscheinungen ihre sensorischen Sensationen zu erklären.

Die häufigste Erklärung der Alterationen am eigenen Körper waren Strahlen unterschiedlicher Wirkung. Hirnstrahlen, japanische Strahlen, elektrische Strahlen und Atomstrahlen nahmen bestimmte Manipulationen am Patienten vor. Die Strahlen zerstörten in einem Fall das Knochenmark und ließen nur Muskelmenschen zurück oder die Zähne wichen auseinander; die Strahlen fuhren brennend durch den Körper, so daß es nachts daraus leuchtete. Der Leib eines Patienten wurde durch Ingwer polarisiert und das vegetative Nervensystem durch solare Kräfte beeinflußt. Ein anderes Mal baute ein Zahnarzt einen Sender in den Goldzahn einer Patientin, und ein Augenarzt setzte Kameras in die Pupillen ein. Stiche im Kopf wurden als Flammenstiche vom Saturn gedeutet. Als technisch neueste Manipulationen wurden Funkgeräte, Computer und Telekommunikation angegeben, die die Patienten steuerten und beeinflußten.

Die erklärten Geruchshalluzinationen waren: Brechgas, Schlafgas, Nervengas und gefährliche Dämpfe. Die körperlichen Sensationen waren angeblich verursacht durch kleine Männchen auf der Haut, vom Teufel persönlich oder von fremden Männern.

5.19 Synopsis

Alle wichtigen sozialen Parameter sollen in diesem Schlußkapitel graphisch dargestellt werden. Wegen der besseren Übersicht werden die Angaben des Gesamtkollektivs mit den Angaben der einzelnen wichtigen Wahnformen vergleichend aufgetragen. Die Kollektive, die kleiner als 100 Einheiten waren, wurden auf 100 Einheiten aufmultipliziert. Damit wurden vergleichbare Werte geschaffen und geringfügige Unterschiede konnten durch die Multiplikation übertrieben dargestellt werden.

Abb. A Die Abbildung zeigt eine Verteilung der Patienten mit einem Alter zwischen 19 - 30 Jahren in vergleichenden Wahnkollektiven zum Gesamtkollektiv an. Zu beachten: der O-Punkt der Ordinate beginnt mit 30 Patienten!

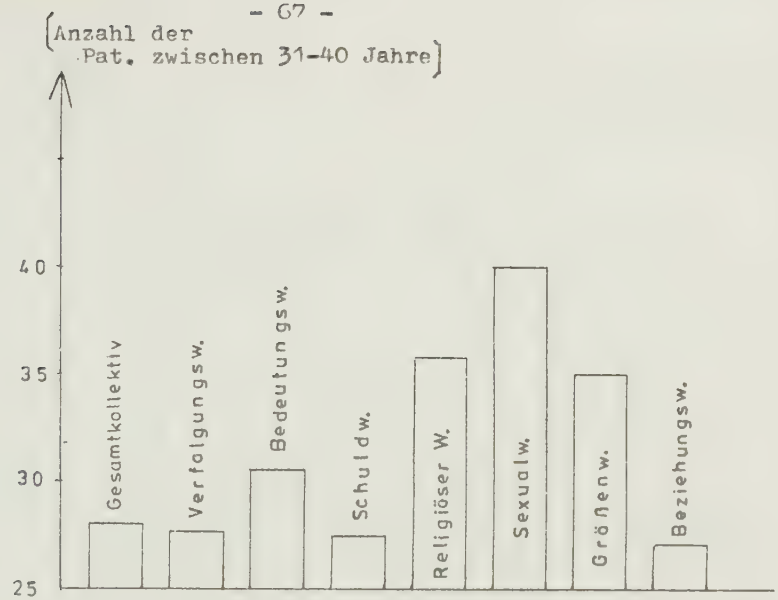


Abb. B Diese Abbildung ähnelt der Abb. A. Nur handelt es sich hier ausschließlich um Patienten zwischen dem 31. - 40. Lebensjahr. Der O-Punkt der Ordinate beginnt mit 25 Patienten!

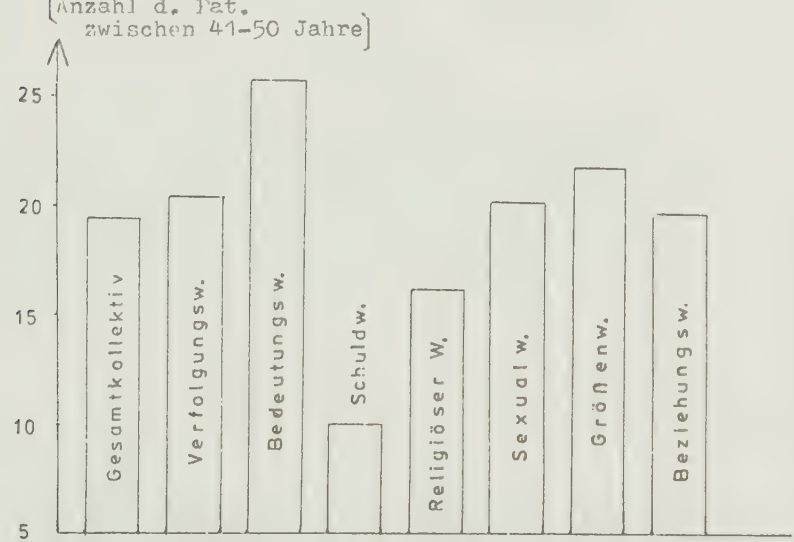


Abb. C Wie Abb. A, nur handelt es sich um Patienten zwischen 41 - 50 Jahre. Der O-Punkt der Ordinate beginnt mit 5 Patienten!

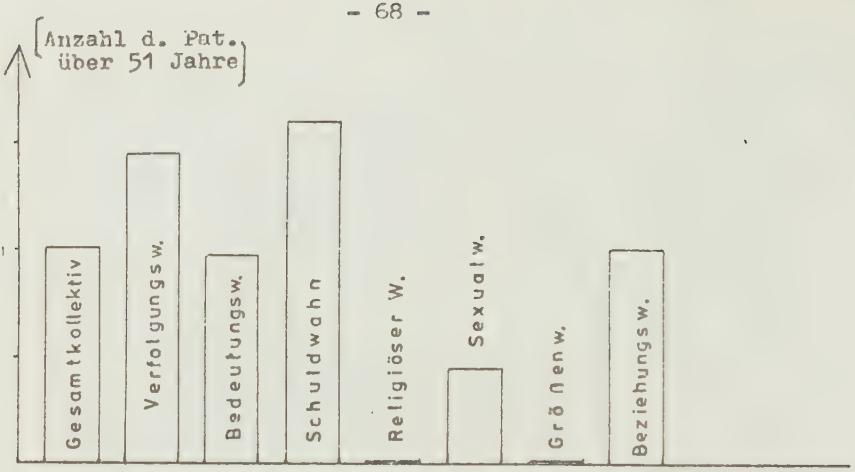


Abb. D Wie Abb. A, nur handelt es sich um Patienten, die älter als 51 Jahre sind.

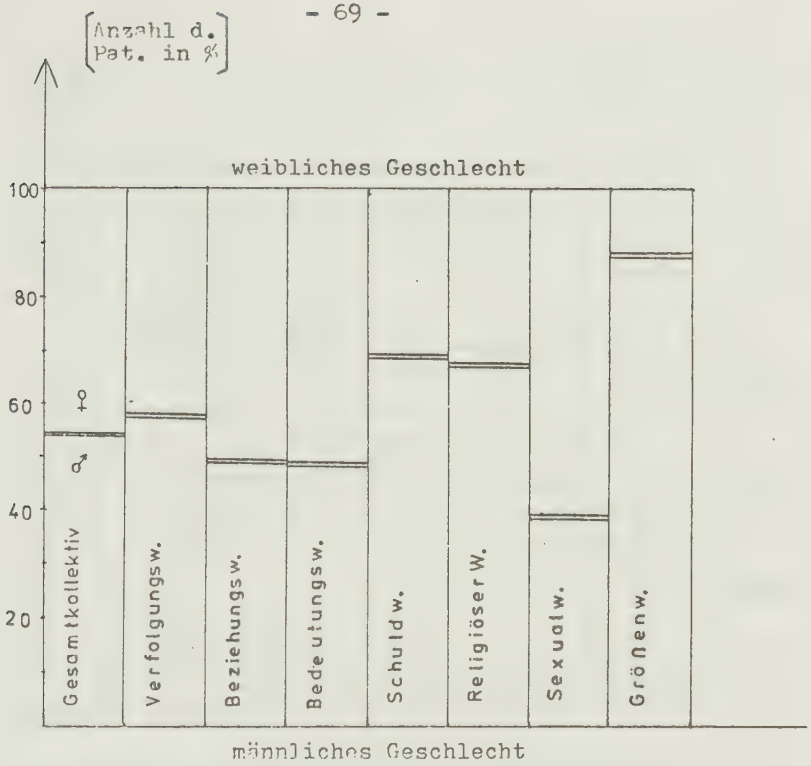


Abb. 9: Die Abbildung zeigt das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Patienten bei den einzelnen Wahnformen und dem Gesamtkollektiv an. Unterhalb der Querstriche der Säulen ist der Anteil der männlichen Patienten aufgezeichnet. Oberhalb befindet sich der Anteil der weiblichen Patientinnen. Die Ordinate ist in 100 Teile gegliedert, so daß die Geschlechtsverhältnisse in %-Zahlen abgelesen werden können.

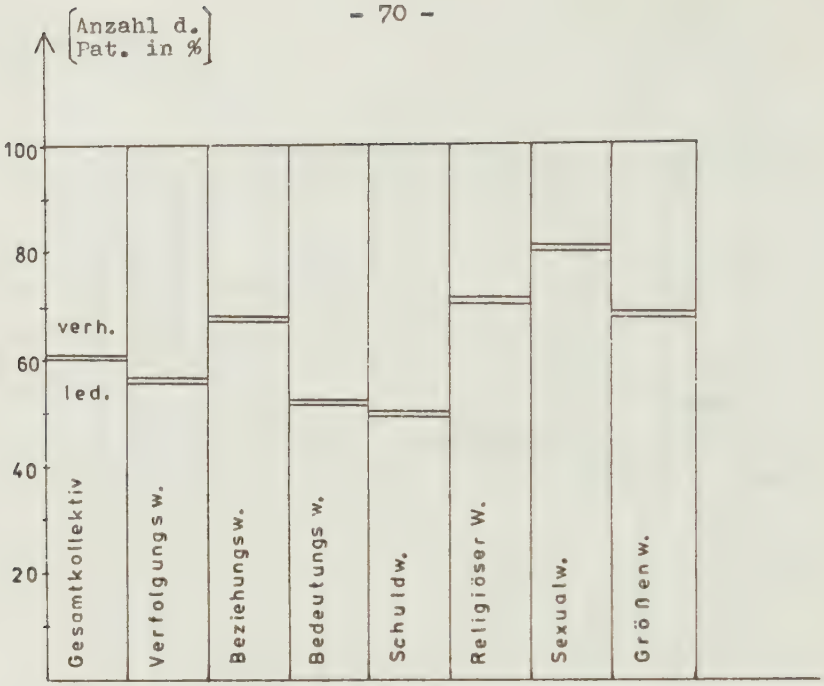


Abb. F Die Abbildung zeigt das Verhältnis zwischen ledigen und verheirateten Patienten an. Unterhalb der Querstriche der Säulen ist der Anteil der ledigen Patienten aufgezeichnet. Oberhalb befindet sich der Anteil der verheirateten Patienten. Die Unterteilung der Ordinate entspricht %-Angaben.

In dieser Untersuchung kommen der religiöse Wahn und der Schuldwahn erstaunlicherweise überwiegend bei jungen Menschen vor (Abb. A). Gerade diese beiden Wahnformen wurden bei älteren Patienten in gehäufter Form erwartet.Bedeutungs- und Sexualwahn waren dagegen nur ganz selten bei jungen Patienten zu beobachten (Abb. A). Gemessen am Gesamtkollektiv fiel auf, daß der religiöse Wahn und der Sexualwahn bei Patienten im mittleren Alter (30 - 40 Jahre) etwas häufiger vorkamen (Abb. B). Beziehungsideen ließen sich bei diesem Patientenstamm selten feststellen. Patienten in einem Alter um 45 Jahre zeigten recht selten Schuld- Versündigungsideen, hatten dagegen aber häufiger einen Bedeutungswahn (Abb. D). Abb. D zeigt ein erstaunliches Ergebnis. Ein religiöser Wahn kommt bei keinem einzigen Patienten über 50 Jahre vor, obwohl hier religiöse Ideen erwartet werden können.

Das gleiche Bild bietet der Größenwahn. In dieser Altersgruppe kein einziges Mal vertreten, kommen Größenideen bei Patienten im mittleren Alter gehäuft vor.

In ganz auffälliger Weise kommt ein anderer sozialer Parameter beim Größenwahn zu Gewicht. Größenideen kommen nach dieser Untersuchung fast nur bei männlichen Patienten vor (80 %) (siehe Abb. E).

Das männliche Geschlecht überwiegt auch insgesamt leicht. Nur eine Ausnahme fällt heraus. Frauen mit sexuellen Wahnideen bilden ein übergroßes Kollektiv (Abb. E).

Ledige Patienten leiden in dieser Untersuchung im bedeutend stärkeren Maße an Wahnideen als verheiratete Patienten (Abb. F). Patienten mit religiösen, sexuellen und überwertigen Ideen sind weitgehend ledig. Verheiratete Patienten bilden häufiger Bedeutungs- und Schuldideen aus.

Insgesamt kommen paranoide Wahnformen bei Patienten zwischen 20-30 Jahren am häufigsten vor.

Text zu Abb. G (s. nächste Seite)

Die graphischen Säulen zeigen den aufgegliederten sozialen Status der Patienten bei den einzelnen Wahnformen im Vergleich zum Gesamtkollektiv an. Jede Säulengruppe setzt sich aus 3 einzelnen Säulen zusammen. Die erste zeigt den niedrigen sozialen Status, die zweite den mittleren Status und die dritte den hohen Status an. Die Werte auf der Ordinate entsprechen %-Zahlen bzw. sind auf 100 Patienten bezogen.

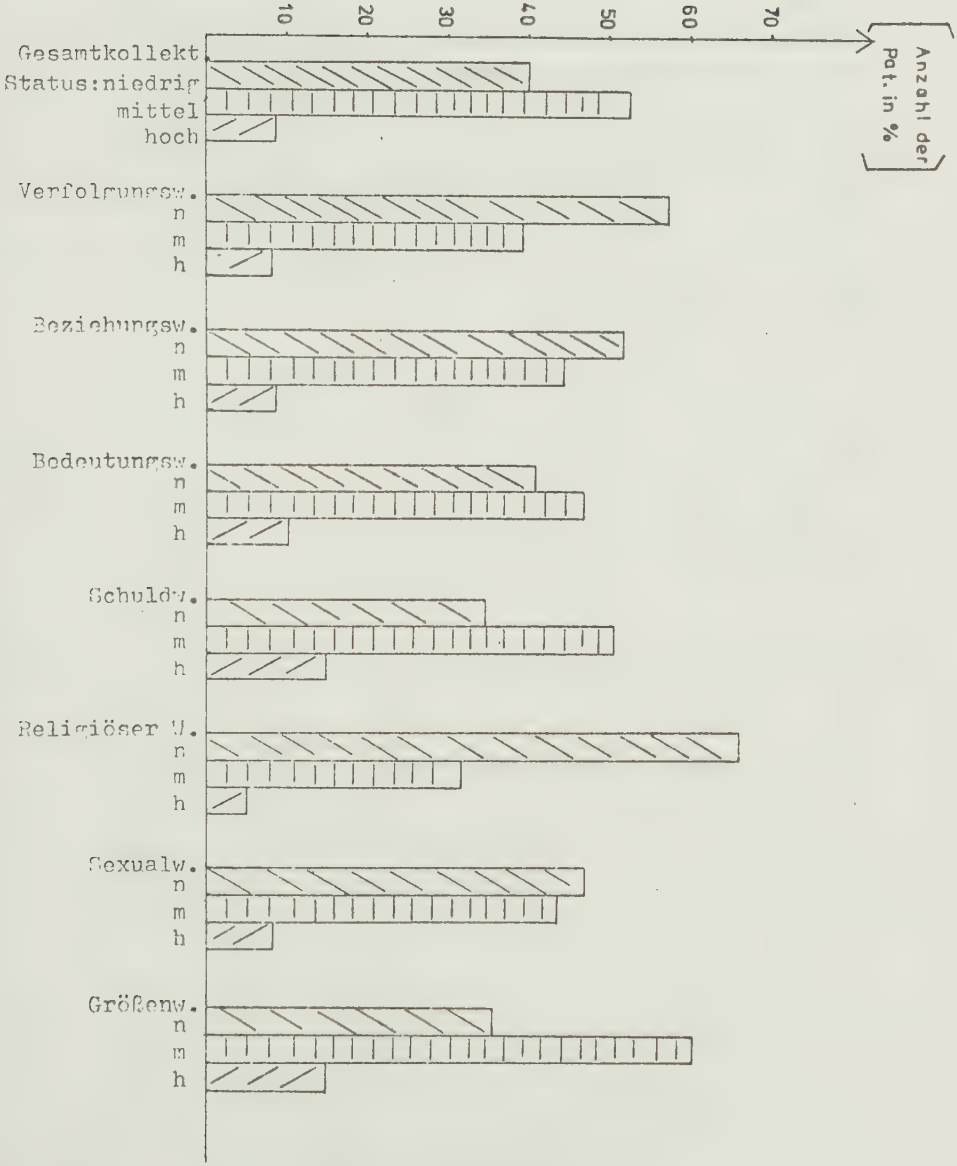


Abb. G (Text siehe S. 72)

Die Schichtzugehörigkeit der Patienten mit Wahnideen zeigt große Unterschiede (Abb. 6). Im Gesamtkollektiv überwiegen die Patienten, die aus sogenannten mittleren Schichten abstammen, aber immerhin 40 % der Patienten haben einen sogenannten niedrigen sozialen Status.

Aus dieser Abbildung ist zu erkennen, daß Verfolgungs- und religiöse Wahnideen ganz signifikant gehäuft bei Patienten mit niedrigem sozialen Status vorkommen. Dagegen ist eine leichte Häufung von Patienten mit Schuld- und Größenideen, die den höheren Schichten angehören, festzustellen.

5.2 Gegenüberstellung der eigenen Ergebnisse mit der Literatur

Bei der Gegenüberstellung der eigenen Ergebnisse mit denen aus der Literatur tauchte ein Problem auf. Da ätiologische Gesichtspunkte der Schizophrenie in der Literatur zumeist im Vordergrund standen, konnte häufig nicht differenziert werden zwischen ätiologischen Ergebnissen und Aussagen über eine Korrelation zwischen Wahninhalt und Peristase.

Einfluß der Familie auf die Wahninhalte

In dieser Untersuchung wurden bei ca. 75 % aller anamnestischen Fälle Spannungen und Konflikte in der Familie (entweder in der der Patient aufgewachsen war oder die er selbst gegründet hatte) entdeckt. In den Krankengeschichten fehlten oft weiterreichende Informationen, um direkte Vergleiche mit Ergebnissen aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu ziehen.

Besonders die Forschungsgemeinschaft um BATESON, JACKSON, LAING und LIDZ (1 + 16) wies auf Zusammenhänge zwischen Wahninhalt und Familie hin.

Geht man von der psychoanalytischen Hypothese aus, daß der schizophrene Wahn eine Regression darstellt, so können psychotische Symptome die Projektion der Familienprobleme in veränderter Form sein. Folgende Mechanismen könnten evtl. bestimmte Wahninhalte, vor allem solche aus dem zwischenmenschlichen Bereich, veranlassen.

Doppelbindung (double bind) oder Beziehungsfallen: Ein Kind wird bestraft, egal wie es sich verhält.

Pseudogemeinschaft: das Kind kann keine Identität entwickeln, da so getan wird, als ob in der Gemeinschaft alles stimmt.

Rubber fenn: allen Ausbruchversuchen des Kindes wird durch den Familienmechanismus eine gummiartige Grenze gesetzt.

Sündenbock: Wenn eine Gruppeneinheit wieder hergestellt werden muß, so kann ein besonderes Mitglied zum Sündenbock gestempelt werden. Das Kind ist ein geeignetes Objekt zur Behandlung der familiären Spannungen, da es sich in einer abhängigen Lage befindet und die Familie nicht verlassen kann.

Gestörte Vermittlung von Sprechen und Denken: den Eltern ist es nicht gelungen, ihrem Kind die instrumentellen Techniken der Sprache richtig zu vermitteln.

Maskierung: eine höchst irritierende Situation wird in der Familie verleugnet oder ignoriert. Das Kind spürt dies und lernt nicht, danach zu fragen. Damit ist dem Kind beigebracht worden, gegenüber seinen eigenen Wahrnehmungen mißtrauisch zu werden.

Familiäre Konflikte, die auf mangelnder Familienintegration, schlechten Anpassungstechniken, Nichtwahrung der Generationsschranke, starker Polarität und Spaltung innerhalb der Familie bestehen, können Wahninhalte in Richtung dieser Thematik beeinflussen (MITSCHERLICH 18, BERNSDORF 2, STROTZKA 28). E. CIRINCONE (40) stellte bei der Untersuchung der Persönlichkeit und des Verhaltens von Müttern schizophrener Patienten fest, daß eine stark beschützende Mutter oder eine autoritäre Einstellung überhäufig vorkamen.

Auch Z. GOODMAN (45) untersuchte den Einfluß des Elternbildes auf schizophrene Kranke und kam zu der Erkenntnis, daß paranoides Verhalten sich kaum auf die Elternfigur zurückführen läßt. Ebenfalls K. M. MITCHEL (52), der Mütter schizophrener Kinder und Mütter gesunder Kinder nach psychologischen Tests untersuchte, konnte keine

relevanten Aussagen daraus ziehen.

BATESON (1) hingegen meinte: "... gestörte Wahrnehmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten, und bestimmte andere Merkmale der Charakterstruktur des akut- reaktiven Schizophrenen entstammen in bedeutendem Maße aufgrund von Verinnerlichungsprozessen den Wesenseigenschaften der familiären Sozialorganisation."[1] und "..., daß stark pathologische Veränderungen in der innerfamiliären Umwelt einer der regelmäßigsten Befunde zur Ätiologie der Schizophrenie [extremste Form des Rückzugs aus den sozialen Beziehungen] sind."[1]

Eigene Ergebnisse:
Auch in dieser Untersuchung stellte sich heraus, daß bei 10 % der Patienten z. Z. der Geburt schwierige familiäre Situationen vorlagen. 23 Patienten wuchsen mit nerven- und gemütskranken Elternteilen auf (9 % davon litten unter endogenen Psychosen). Eine gestörte Mutter-Kind Beziehung konnte bei 29 Patienten angenommen werden. 35 mal traf dies auch für die Vater-Kind Beziehung zu. 22 mal herrschten schwere Spannungen zwischen den Eltern (davon 8 Scheidungen). Entsprechende Zahlen müssen auch auf die gestörte Erziehung der Patienten während ihrer Kindheit verallgemeinert werden (Punkte 4.1911 - 4.1922). Vom Gesamtkollektiv waren 39 Patienten verheiratet. 10 Ehen wurden geschieden, weiter kamen Trunksucht, Mißhandlungen und Untreue vor.

Es gab in den Anamnesen seltene Hinweise, daß z. B. "double bind", "rubber fenn", schlechte Anpassungstechniken und Nichtwahrung der Generationsschranke vorkamen. Häufiger ließ sich das Unvermögen der Ablösung von den Eltern nachweisen. Andere Eltern verhinderten, daß ihr Kind lernte zu differenzieren und sich in der objektiven Welt zurechtzufinden.

---

1 Zitat: BATESON, G. u. TH. LIDZ u.a.: Schizophrenie und Familie. 1969. S. 68 / S. 108

Aus dem Punkt 4.19 "Störungen der Persönlichkeit" ergeben sich ebenfalls Hinweise, die Wahnideen als Abwehr unerträglicher Familienverhältnisse aufzufassen.

Die oben beschriebenen Mechanismen erklären z. T., wie Beziehungs-, Bedeutungs- und Verfolgungsideen zustande kommen können, vor allem wie Familienmitglieder und -probleme in Wahninhalten auftreten können. Endgültige Klarheit über die Beziehung Umwelt - Peristase liegt trotzdem noch nicht vor.

Einfluß des Alters auf die Wahninhalte

Da es für jedes Lebensalter bevorzugte Wahnthemen gibt, muß sich hier der Einfluß der Umwelt bemerkbar machen. C. EGGERS (42) stellte fest: "Grob kann man sagen, daß in der zeitlichen Reihenfolge der coenästhopatische - teilhypochondrische Inhaltstyp am frühesten auftritt [ab 7 Jahre] , gefolgt von paranoiden Wahnformen (Vergiftungs-, Verfolgungs-, Beziehungs-, Beeinflussungsideen usw.), die dann später im 13. - 14. Lebensjahr durch weitere Inhalte, wie Größen-, Sendungs-, religiöse, sexuelle (z. B. verführt werden, eine Hure sein), depressive, Selbstbeschuldigungs-, Maternitäts- und Liebeswahnideen bezeichnet werden."[1] Auf Grund spezifischer sozialer Gegebenheiten und Situationen bei älteren Menschen kann es zu Einsamkeits-, Verarmungs- und Isolationsfurcht kommen mit sich evtl. daraus entwickelnden gleichlautenden Wahnideen (G. HUBER 10). Bei jugendlichen Patienten entstehen vollkommen andere Wahnformen. M. de NEGRI (53) stellte bei Kindern nur ganz selten Wahnideen fest, weil Kindern noch die funktionellen Mittel fehlen. NEGRI versteht Wahn als

---

1 Zitat: C. EGGERS: Wahninhalte kindlicher und praepuberaler Schizophrenien. 1967 S. 329

Flucht aus der objektiven Welt in eine subjektive. Da wahnhaftes Denken vorstellungsmäßig sein soll, und Kinder an die objektive Welt gebunden seien, kann es angeblich nicht zu Wahnideen kommen. Auch soll den Kindern noch ein Ich-Bewußtsein fehlen. Zum Auftreten von Wahnideen soll es erst kommen, wenn Kinder sich gedanklich mit Problemen auseinandersetzen können und zur Systematisierung von Ideen fähig sind. Dieser Zeitpunkt soll die Pubertät sein (13 - 15 Jahre). Bevorzugt sind intelligente, feinsinnige und empfindsame Kinder, die schon frühzeitig religiösen und philosophisch-metaphysischen Fragen nachgegangen sind.

Im Gegensatz dazu hatte PAULEIKHOFF (54) Wahnideen schon bei wesentlich jüngeren Patienten beobachtet, und zwar überwiegend Beziehungsideen, aber auch Verfolgungs-, Vergiftungs- und Beeinflussungsideen. Ausgesprochen selten soll nach seiner Meinung der Größenwahn vorkommen, Eifersuchtswahn kommt angeblich überhaupt nicht vor (erst ab dem 40. Lebensjahr, und da nur bei Verheirateten).

Bei Kindern soll es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Wahnformen geben, da die geschlechtliche Ausdifferenzierung und Übernahme der geschlechtlichen Rolle noch nicht stattgefunden hat, und die Berufswahl erst nach dem 14. Lebensjahr oder später aktuell wird.

Eigene Ergebnisse:
Entsprechend den Erkenntnissen von de NEGRI war in der vorliegenden Untersuchung der jüngste Patient mit paranoiden Symptomen 19 Jahre alt. Dieser Patient litt unter Halluzinationen und einem schwachen Verfolgungswahn. Bei jugendlichen Patienten (19 - 30 Jahre) häufte sich nur im Vergleich mit dem Gesamtkollektiv der Schuld-Versündigungswahn (5.14). Spezifische Wahnideen,

die oft bei älteren Patienten (51 Jahre und älter) vorkamen, waren Vergiftungs-, Bestehlungs- und Eifersuchtsideen (5.111 und 5.112).

Einfluß des Geschlechtes auf die Wahninhalte

PAULEIKHOFF beobachtete eine eindeutige Häufung von geschlechtsspezifischen Wahnformen. So sollen Wahnideen mit religiösen, politischen, technischen und eifersüchtigen Inhalten bei Männern vorkommen, während der Versündigungswahn ein typisch weiblicher Wahn sein soll. Berufliche und technische Themen nehmen seiner Meinung nach bei erwachsenen Männern immer mehr zu.

Eigene Ergebnisse:
In dieser Untersuchung gab es folgende Wahnideen, die gehäuft bei Männern vorkamen: Eifersuchts-, Schuld-Versündigungs-, Religionsideen und sehr ausgeprägt Größenideen. Bei Frauen kamen Bestehlungs-, Bedeutungsideen und stark gehäuft Sexualideen vor.

Einfluß der Isolation auf die Wahninhalte

Die Wahngenese auf Grund sensorieller Deprivation belegt, daß Wahnideen Wunschvorstellungen sein können, und diese Wünsche lassen sich natürlich aus momentanen Umweltverhältnissen begreifen. Hier muß berücksichtigt werden, daß z. B. paranoide Väter die ganze Familie isolieren können, und somit die Möglichkeit besteht, Defekte bei Familienmitgliedern zu setzen.

A. BETTERMANN (3) und vor allem N. RETTERSTÖL (58) beschrieben in diesem Sinne paranoide Psychosen, die durch Ausstoßung aus der Gemeinschaft auftraten. Wegen unpatriotischem Verhalten norwegischer Bürger unter deutscher Besatzung gerieten diese Personen nach dem Abzug der Deutschen zum Teil in Haft und wurden nach Absitzen der Strafe von der eigenen Gemeinschaft aus-

geschlossen. Der gleiche Autor (58) faßt nochmals zusammen, welche Umweltfaktoren in Wahnideen einfließen können: soziale Isolation, Gewissenskonflikt, Insuffizienserlebnis, Verlust einer stärkenden Bezugsperson.

LUCAS u. a. (51) stellten in ihrer Studie über amerikanische Verhältnisse fest, daß Emigranten der USA häufiger unter Wahnideen litten als Einheimische; eine mögliche Erklärung ist die soziale Isolation.

Eigene Ergebnisse:
In dieser Untersuchung ergab dieser Fragenkomplex, daß immerhin 31 % der Patienten angaben, einsam und zurückgezogen gelebt zu haben oder durch Kontaktschwierigkeiten zu Einzelgängern geworden zu sein, bevor sie ernsthaft erkrankt waren (4.166).

Einfluß weiterer sozialer Fakten auf die Wahninhalte

Durch die Darlegung verschiedener ätiologischer Gesichtspunkte lassen sich ebenfalls Beziehungen zwischen Wahnideen und Umwelt aufzeigen. Es gibt viele Wahnformen, die nichts anderes sind als für wirklich gehaltene Phantasien bzw. Wunscherfüllungen von Menschen mit ernsten Urteilsstörungen bei vollkommen oder fast vollkommenen Ich-Funktionen (SCHULTE/TÖLLE 24). Weiter führen SCHULTE/TÖLLE aus, wenn Menschen mit charakterlichen Dispositionen schwer gekränkt werden, und diese Kränkung unerträglich wird, kann sie der eigenen Wahrnehmung entzogen und in der Phantasie kompensiert werden. Dieser Sachverhalt ist ebenfalls häufig in der vorliegenden Untersuchung zu beobachten. Mit anderen Worten sagen ähnliches F. BASAGLIA (33) und G. P. BARKA aus: Der Wahn ist ein Verteidigungsmechanismus der im eigenen Wertbewußtsein erschütterten Persönlichkeit.

Die Wahnausbildung kann vielleicht weitgehend als normale psychologisch, kindliche Denk- und Erlebnisweise verstanden werden, als eine Regression auf eine infantile Stufe. Durch die Ich-Regression wird nicht mehr zwischen Denken und Tun entschieden (d. h., das Gleichgewicht zwischen Kritikvermögen und der Neigung, die Wirklichkeit zu verfälschen, ist gestört), dadurch kommt es zu den unterschiedlichsten Formen von Wahnideen. Weitere Ausformungen können durch Projektion, Konditionierung, Verstärkung und Generalisierung zustande kommen (SCHULTE/TÖLLE 24 u. DELAG/FICHOT 8).

BLEULER und JUNG meinen, daß Wahnideen und Sinnestäuschungen aus verdrängten Komplexen abgespaltener Art zu verstehen sind. Andererseits läßt sich die Wahngenese als Unterdrückung mächtiger Schuldgefühle und Erträglichhalten der Existenz begreifen, vor allem, wenn Angst vor Strafe und Straferwartung im Vordergrund stehen (SCHULTE/TÖLLE 24, DELAG/FICHOT 8).

G. HUBER (10) versuchte die Herkunft der Wahnthemen aus der Wahnstimmung zu erklären. Ekstatische-beglückende Wahnstimmung mit Omnipotenzgefühlen läßt expansive Wahnideen entstehen, z. B. Größenwahn. Ängstlich-unheimliche Stimmung induziert den Verfolgungs-, Beeinflussungs- und Entmächtigungswahn.

M. REICHARDT (20) ging davon aus, daß die erkrankten Patienten primär erleben, wie sie nichts mehr selbst bestimmen können, da alles angetan und gemacht wird. Reaktiv wird dann rationalisiert: man wird beeinflußt, beobachtet, von außen gelenkt und hypnotisiert.

KRAEPELIN (14) gab ebenfalls zu, daß die unliebsamen Lebenserfahrungen für den Wahninhalt verantwortlich gemacht werden können, nicht jedoch für den Ursprung des Wahns.

E. KRETSCHMER (15) stimmt ebenfalls zu, daß Wahnideen

aus der Umweltkenntnis erklärt werden können. KRETSCHMER spricht von einem Trias: Charakter, Milieu und Erlebnis können zu seelischen Symptomen führen. Charakter, Schicksal, Milieu und Lebenserfahrung geben das Verständnis für eine seelische Fehlentwicklung und machen jede reaktive Wahnform einfühlbar, verstehbar und erklärbar.

Weiter führt REICHARDT (20) aus, daß sensitive Naturen auf Reize wie Kränkung, Demütigung und Erschütterung des Selbstwertgefühls mit übertriebenen "normalen" seelischen Abläufen reagieren, die in Wahnideen münden können. Durch psycho-traumatische Erlebnisse kommt es zu unrichtigen und überwertigen, allzu stark affektbesetzten Ideen. Maßgebender Einfluß sind Lebenserfahrungen und Konditionierungen.

H. FELDMANN (43) stellte beim schizophrenen Wahn fest, daß archaisch-mythisch-magische Themen bevorzugt vorkommen. Er erklärt dies damit, daß diese Thematik eine Bewältigungsform des Unverständlichen im Ich-Erleben, der veränderten kognitiven Erfahrungswelt darstellt.

Die oben beschriebenen Ergebnisse versuchten aufzuzeigen, wie ein evidenter Zusammenhang zwischen Wahnthema und der Umwelt des Patienten zustande kommen könnte. Andere Psychiater sind jedoch vom Gegenteil überzeugt. So meint M. REICHARDT (20), daß die echten Wahnideen im wesentlichen ihren eigenen Gesetzen folgen, aus inneren Ursachen entstehen und im großen und ganzen unbeeinflußbar sind. Dabei soll alles, was den gesunden Menschenverstand bewegt, zum Inhalt der Wahnideen werden können.

Wegen des Prozeßcharakters ist normalerweise das Wahnthema nicht verstehbar. Gerade die häufig vorkommenden metaphysisch-abstrakten Wahninhalte stellen ein Beispiel für die Nichteinfühlbarkeit dar (PETERS 19). Besonders beispielhaft sind Wahnbildungen einer Pfropfschizophrenie. Hier werden nach JASPERS manchmal

blumige, phantasiereich ausgeschmückte Wahnsysteme erstellt, die normalerweise wegen der Oligophrenie nicht erwartet werden können.

Um den Widerspruch aufzuzeigen, daß bei Prozeßpsychosen Inhalte und andere Symptome doch verständlich werden, sei auf K. SCHNEIDER hingewiesen: "Wir erinnern ferner noch einmal daran, daß auch schizophrene Psychotische neben solchen wirklichen Wahnwahrnehmungen häufig auch wahnähnliche Reaktionen zeigen, also abnorme Deutungserlebnisse, die aus der psychotischen Grundstimmung heraus verständlich sind."[1] WEITBRECHT erklärt diesen Widerspruch anders. Wenn Inhalte des Wahnes besonders bei Schuld-, Verarmungs-, Versündigungs-, Größen- und Verfolgungswahn verständlich werden, so können sie klar auf die paranoide Form einer manisch-depressiven endogenen Psychose hindeuten. REICHARDT betont besonders, daß beim schizophrenen Wahn zwar Inhalte einmal verständlich werden können, diese Inhalte sind aber immer auf ein völlig absurdes Beziehungssystem begründet.

Zur Zusammenfassung soll K. SCHNEIDER zitiert werden: "Wir glauben, daß eine charakterogene Wahnbetrachtung immer nur das Thema, den Inhalt des wirklichen Wahnes verständlich macht, aber niemals den Umstand, daß Wahn überhaupt da ist. Wo wirklich Wahn ist, hört das charakterogene Verstehen auf, und wo man verstehen kann, ist kein Wahn."[2] "Das Dasein einer Paraphrenie ist niemals aus der Persönlichkeit und ihren Erlebnissen ableitbar, so oft man auch ihre Inhalte, ihre Themen solchermaßen verstehen kann, wobei auch Geschlecht, Alter, Stand, Bildungsgrad, Zeitgeschichtliches und vieles andere formend mitwirkt. Die Themen betreffen entweder die eigene Person (Hypochondrie, Abstammung) oder fremde Personen (Verfolgung, Benachteiligung, Eifersucht) oder Gegenstände (Erfindungen)."[3]

1, 2 u. 3 Zitate aus: SCHNEIDER, K.: Über den Wahn 1952 S. 17-18, S. 25-26 u. S. 43-44

Ergebnisse zum Verfolgungswahn:
Aus anthropologischer Sicht erklären Autoren wie ZUTT und KULENKAMPFF (33), daß der Verfolgungswahn durch Verlust der Geborgenheit, durch Stand- Einbuße und Überwältigung entstehen kann. M. REICHARDT setzt immer konstitutionelle Eigenschaften (expansiver Typ) voraus, deren es bedarf, damit es zum Ausbruch von Verfolgungsideen kommen kann. Zusätzlich muß ein besonderes Schlüsselerlebnis vorliegen (Niederlage und Kränkung im Lebenskampf). Durch die übermäßige Selbsteinschätzung kann der Patient seine Schuld oder Teilschuld nicht zugeben. Er sucht sie deshalb in der Umgebung und kommt so auf den Gedanken, daß gewisse Feinde gegen ihn arbeiten und ihn schädigen wollen. Genau gegensätzlich sehen psychoanalytische Erklärungsversuche aus: die Verfolgungsideen entstehen durch Projektion. Der Patient schreibt einem anderen Individuum solche Triebregungen zu, wie er sie selbst besitzt, aber nicht akzeptieren kann. Wenn der Patient eine Abneigung gegenüber bestimmten Menschen hat, so glaubt er, diese verfolgten ihn (SCHULTE/TÖLLE 24). Durch die Annahme der verdrängten Impulse lassen sich sowohl der Wahninhalt als auch der Wahn selbst erklären. Nach KRAEPELIN haben der Verfolgungs- und der Größenwahn einen gemeinsamen Ursprung; nämlich das überhöhte Selbstwertgefühl. Je nach Lebenserfahrung mündet dies entweder im Verfolgungswahn (verbittert, gedrückt) oder im Größenwahn (zuversichtlich, selbstvertrauend). Das gesteigerte Selbstwertgefühl soll als Abwehr gegen schlechte Umweltbedingungen verstanden werden.

Die Untersuchung von St. WIESER (62) will die psychologischen Hintergründe der Wahnkrankheit beleuchten. Wenn sich ein Mensch anders als andere empfindet, betrachtet er sich auch im Gegensatz zur öffentlichen Meinung. So kann die Überzeugung, von allen (d. h. der Gesellschaft) verfolgt zu werden, entstehen.

P. SOLIMANN (60) behauptet, daß Verfolgungsideen durch einen Abwehrmechanismus nach außen entstehen können. Eine andere Möglichkeit ist die Abwehr nach innen, die sich im Autismus äußert.

Völlig anders sieht F. R. GROSS (46) den Einfluß der Umwelt. Die Wahnfabel soll durch das Verhältnis Individuum-Nachbar bestimmt werden. Der Autor gibt eine ethologische Erklärung: die Psychose soll ein Revierverteidigungsverhalten sein; bei überlegenem Nachbarn kommt es zur Schutzsuche und zu Unterwerfungsverhalten; daraus soll der Verfolgungswahn resultieren.

Eigene Ergebnisse:
Die ethologische Erklärung läßt sich bei den gefundenen Ergebnissen nicht bestätigen. Am ehesten ist den psychoanalytischen Erklärungen zuzustimmen, ebenso Autoren, die eine charakterliche Disposition beim Vorkommen von Verfolgungsideen annehmen.

G. HUBER beschreibt im Abschnitt über phänomenologische Anthropologie und Daseinsanalyse, daß der Vergiftungswahn durch einen gestörten Kontakt mit der Umwelt, besonders durch Destruktion der Rangordnung entsteht. Es wird gerade deshalb ein Vergiftungswahn ausgebildet, weil Vertrauenseinbußen sich am leichtesten beim gemeinsamen Essen auswirken. Vergiftung der Speisen bedeutet, daß der Vertrauensbruch auf einzelne Personen gerichtet ist; Vergiftung durch Gas deutet auf unheimliche Mächte dieser Welt hin.

Eigene Ergebnisse:
Aus den vorliegenden Untersuchungen läßt sich dazu nur soviel beisteuern, als daß sehr viele verheiratete Patienten Vergiftungsideen ausbildeten. Damit könnte dieser Theorie eine gewisse Berechtigung verliehen werden (s. S.111).

Ergebnisse zum Größenwahn:
Beim Größenwahn liegt eine Überbewertung des eigenen Ichs zu Grunde (ZUTT 33). DELAG/PICHOT meinen, daß Größenideen durch Kompensation aus körperlichen oder geistigen, aus tatsächlichen oder eingebildeten Minderwertigkeiten erwachsen und zu wahnhaften Manifestationen werden können.

Nach M. REICHARDT ist der Größenwahn eine Weiterentwicklung des Verfolgungswahns. Die Umwelt richtet sich gegen den Patienten, dadurch wird das Selbstbewußtsein gereizt, und durch den vorausgesetzten expansiven Charakter soll es zur Steigerung der Einbildung kommen, die bis zu Größenideen gehen kann.

KRAEPELIN interpretiert den Größenwahn als Ersatz für psychologische Enttäuschungen. Der Wahninhalt soll aus normalen alltäglichen Mißgeschicken entstehen, die nur wegen einer besonderen Empfindlichkeit zum seelischen Trauma werden.

LUCAS, SAINSBURG und COLLINS (51) stellen in ihrer amerikanischen Studie fest, daß das Vorkommen von Größenideen direkt mit der sozialen Position korreliert, d. h., die Ideen kommen auffällig häufig bei Patienten mit höherem sozialen Status vor. Patienten der niedrigen sozialen Schichten kompensierten erstaunlicherweise nicht ihre Lage mit einem Größenwahn.

Eigene Ergebnisse:
Die letztgenannten Untersuchungsergebnisse ließen sich in dieser Arbeit nicht bestätigen. Vielmehr ist den Aussagen von DELAG/PICHOT und KRAEPELIN zuzustimmen (s. 5.17).

Ergebnisse zum Schuld-, Sexual- und religiösen Wahn:
Nach SCHULTE/TÖLLE geht es beim Sexualwahn, einschließlich dem erotischen Beziehungswahn, um den Wunsch nach erotischer Befriedigung. Gibt z. B. eine Patientin an,

daß ihr ein Mann nachstellt, so sind dies sexuelle Wünsche der Frau, die auf diesen Mann projiziert werden. Ein anderer Mechanismus hängt mit dem Selbstwertgefühl zusammen. Nur die Vorstellung, die Auserwählte und Geliebte zu sein, hebt die Kränkung auf, daß es keine sexuelle Beziehung gibt. Die sexuellen Wahnideen entstehen, weil die Einsicht - meine Gedanken sind falsch - unerträglich ist.

LUCAS u. a. stellten den Sexualwahn häufiger bei Frauen und da häufiger bei Verheirateten fest.

Eigene Ergebnisse:
Genau das Gegenteil ergaben die ausgewerteten Untersuchungen. Sexualideen kamen fast ausschließlich bei ledigen Patientinnen vor. Zutreffend ist jedoch, daß das weibliche Kollektiv größer als das männliche ist. Den Ausführungen von SCHULTE/TÖLLE ist auf Grund dieser Untersuchungen zuzustimmen (s. 5.16)

Der Schuldwahn entsteht in anthropologischer Sicht durch das versäumte, nicht gelebte Leben. Er ist eine Daseinsschuld, ein Versäumnis der Existenz. Diese Phänomene stellen die Wurzel der wahnhaften Daseinsumwandlung dar (A. STERCH 33) (s. 5.14).

Religiöse Wahnideen kommen nach LUCAS u. a. gehäuft in der Oberschicht vor und sind meist gemischt aus religiösen- und Größenideen. Auch soll der religiöse Wahn häufiger bei ledig lebenden Patienten auftreten.

Eigene Ergebnisse:
Hier ergab sich beim religiösen Wahn eine Häufung von Patienten aus unteren Schichten. Der Feststellung, daß meist gemischte Größen- und Religionsideen vorliegen, kann zugestimmt werden (s. 5.15).

Einfluß der Kultur auf die Wahninhalte

Karl BIRNBAUM (34) stellte schon 1920 fest, daß kulturelle Momente günstige Bedingungen für das Auftreten pathologischer Phänomene schafften. Andererseits sollte aber auch das Abnorme kulturelle Kräfte freisetzen, so daß es zu kulturpathologischen Einheitsgebilden komme. Vor allem ist wichtig, daß kulturelle Einflüsse pathologische Elemente mobilisieren können und ihnen ein festes inhaltliches Gepräge geben. Die Psychose hat eine Tendenz, Persönlichkeitselemente zu aktivieren, und auf der anderen Seite soll immer die Persönlichkeit in die Psychose einfließen, mit psychologischen Sekundärsymptomen. Durch diese Auffassung läßt sich die endogene Psychose als Persönlichkeitsstörung auffassen.

TAP (36) stellte unmißverständlich fest, daß bei allen Völkern und allen Kulturen die primären Symptome der Schizophrenie gleich bleiben. Die Erscheinungsform der psychischen Erkrankung wird jedoch entscheidend durch sozio-kulturelle Einflüsse geprägt (H. LENZ 48). Nach AL-ISSA (37) sollen auf der ganzen Welt auch alle weiteren Symptome vorkommen, nur ihre Häufigkeit wechselt beträchtlich, besonders die des Verfolgungswahns. Auch dieser Autor meint, der Kern des Wahnerlebnisses sei konstant, nur die Wahnverarbeitung sei kulturell verschieden. LIDZ (49) erklärt die unterschiedliche Ausprägungsform der Schizophrenie damit, daß andere Kulturen andersartige Erfahrungs- und Denkweisen haben, die anderen Systemen der Logik folgen. CHRISTOZOV (41) vermutet eine Verfärbung der Wahninhalte durch die ethnisch bedingten Charakterzüge, z. B. Gläubigkeit, Beeinflußbarkeit, Fatalismus.

In Indien wirken z. B. ganz andere sozio-kulturelle Einflüsse. K. BHASKARAM (39) nennt die patriachalische Familienstruktur, die Unauflösbarkeit der Ehe, die

schwierige Problematik der Sexualität. Diese Faktoren sollen die in Indien am häufigsten vorkommenden Verfolgungsideen und Eifersuchtsideen entstehen lassen. Eine Untersuchung von LAUBSCHER (36) 1937 in Afrika zeigte, daß die wahnhaften Vorstellungen der Eingeborenen meist mythologischen Inhalt hatten und überhaupt keine hypnotischen, telepathischen und naturwissenschaftlichen Wahnideen vorhanden waren. Trotzdem sollte die Struktur der Psychose gleich sein. PONCE (55) unterzog Wahnideen aus verschiedenen Kulturkreisen einer phänomenologischen Analyse und kam zu der Aussage, daß Beziehungs-, Verfolgungs- und Größenideen in 70 % aller Fälle Allgemeincharakter haben und von Geschlecht, Bildung und Kultur unabhängig sind. Die übrigen Inhaltskategorien werden durch die Kultur spezifisch beeinflußt.

Eigene Ergebnisse:
In den vorliegenden Ergebnissen gab es nur 5 Fälle mit mythologischen Wahninhalten, sehr häufig dagegen naturwissenschaftliche Wahnideen und technisch erklärte Halluzinationen.

Veränderungen der Wahninhalte innerhalb des gleichen Kulturraumes

H. KRANZ (47) wies den Einfluß der Umwelt auf Wahninhalte in seiner Arbeit durch historisch-vergleichende Inhaltsanalysen nach. Verglichen wurden 3 Kollektive aus den Jahren 1886, 1916 und 1946. Beim ältesten Kollektiv überwogen romantische und mythologische Wahninhalte. Beim Kollektiv von 1916 spielten Wahninhalte mit Spiritismus, Mediumismus und Theosophie eine große Rolle. Im jüngsten Kollektiv spiegelte sich die durchlebte Kriegszeit wieder. Hier kamen viele Wiederkehr- und Auferstehungserlebnisse vor. In Kriegszeiten hatten auch die Wahninhalte mit dem Krieg zu tun. In Friedenszeiten herrschten friedliche Inhalte vor. Die gesamte Tendenz lief darauf

hinaus, daß die Wahnthemen immer rationalistischer wurden und physikalisch-chemische Wahninhalte immer häufiger vorgetragen wurden, die den Stand der Technik gut wiederspiegelten.

K. A. ACHTE (36) machte eine ähnliche Untersuchung wie KRANZ und verglich Kollektive aus den Jahren 1900, 1930 und 1960. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen blieb immer gleich (entspricht auch dem des untersuchten Gesamtkollektivs). Die Vergiftungs-, Größen- und religiösen Wahnideen nahmen ab, der Sexualwahn dagegen nahm zu. Der Anteil primitiver und magischer Wahnideen war ständig rückläufig. ACHTE kam zu dem Schluß, daß psychotische Wahnvorstellungen zu allen Zeiten weitgehend von aktuellen Themen beeinflußt wurden. Kulturform und Zeitströmung gestalten die Symptome. Wandelt sich die Kultur, so verändert sich auch das Krankheitsbild.

Nach G. HUBER kam der Abstammungswahn früher recht häufig vor und wurde heute immer seltener.

In der vorliegenden Untersuchung gab es nur einen einzigen derartigen Wahn (eine 30-jährige Patientin meinte, ihr Vater sei nicht der richtige, sondern ein Graf). Durch die Einflüsse der pluralistischen Gesellschaft, die die Abstammung weniger bewertet, kann der Rückgang dieses Wahnes erklärt werden. Da als Ausgleich aber in der modernen Gesellschaft die Leistung zählt, kommt es bei Insuffizienzgefühlen eher zu Verfolgungsideen.

Die untersuchten Anamnesen können diese Tendenz bestätigen.

6. Zusammenfassung

1.) Untersucht wurden Krankengeschichten aus der Universitätsnervenklinik Bonn nach dem Einfluß des sozialen Umfeldes auf die Ausgestaltung der Wahninhalte.

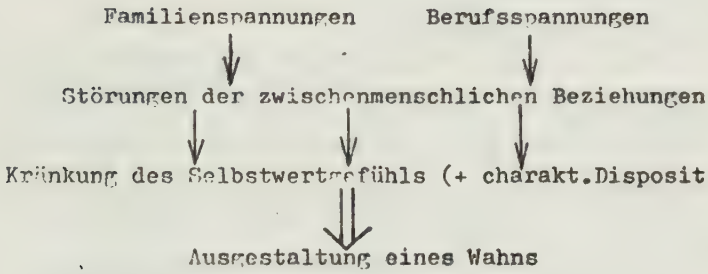
2.) 100 Anamnesen von schizophrenen Patienten - mit eindeutiger paranoider Symptomatik und umfangreich ausgeführten sozialen und familiären Anamnesen - wurden ausgewertet.

3.) Die Anamnesen wurden so ausgesucht, daß sie als repräsentativ gelten konnten (modifizierte Klumpen-Quoten-Erhebung). Die Ergebnisse wurden mit ausgearbeiteten Orientierungspunkten ermittelt.

4.) Die paranoide Schizophrenie trat gehäuft bei 20-30-jährigen Patienten auf. Die männlichen Patienten litten häufiger unter Wahnsymptomen.
Bei 30-40 % der Patienten lagen ernsthafte Familienspannungen vor. Bei 25-35 % der Patienten lagen ernsthafte Berufsspannungen vor.
41 % der Patienten gehörten der Unterschicht an, 52 % der Mittelschicht.
60 % der Patienten waren unter schwierigen Bedingungen aufgewachsen.

5.) Der Verfolgungswahn kam am häufigsten vor, gefolgt vom Erklärungs-, Beziehungs-, Bedeutungs-, Schuld-, Religions-, Sexual- und Größenwahn.
2 Wahnsyndrome fielen auf: der Verfolgungs-Schuld-Beziehungswahn und der Schuld-Sexualwahn einschließlich religiöser Ideen.

6.) Bei den einzelnen Wahnformen griffen häufig dieselben Mechanismen ineinander, die oft entscheidend die Wahninhalte mitbestimmten:



7.) Es bestand keine Korrelation zwischen Komplexität und Ausgestaltung des Wahns und dem Bildungsgrad der Patienten. Die sensorielle Deprivation spielte nicht die entscheidende Rolle. Eine überindividuelle Eigengesetzlichkeit des Wahns konnte nicht festgestellt werden. Die Inhalte des Wahns hängen direkt von dem geistigen Potential des Patienten ab (d. h. Informationsstand, Vermögen der Assoziation, Gedächtnis).

8.) Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit widerlegen die Behauptung, daß Wahninhalte unabhängig von äußeren Einflüssen und rein zufällig entstehen.

LITERATURVERZEICHNIS

Bücher und Handbücher:

(1) BATESON, G., D. JACKSON, R. LAING, Th. LIDZ, u.a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp 1969

(2) BERNSDORF, W. : Wörterbuch der Soziologie 1, 2 u. 3 Frankfurt a.M.: Fischer 1972

(3) BETTERMANN, A.O. : Formen der Wahn-Genese Dissertation, Bonn 1946

(5) BLEULER, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Aufl. Berlin: Springer 1966

(6) BRÄUTIGAM, W. : Reaktionen, Neurosen, Psychopathien 2. Aufl., Stuttgart: Thieme 1969

(7) DAHMER, J. : Anamnese und Befund Stuttgart: Thieme 1970

(8) DELAG, J. u. P. PICHOT : Medizinische Psychologie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1971

(9) FREUD, S. : Studienausgabe Bd. 1-10, Frankfurt: Fischer 1969

(10) HUBER, G. : Wahn. Aus Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie, Jahrgang 32. Stuttgart: Thieme 1964

(11) JASPERS, K. : Allgemeine Psychopathologie, 8. Aufl. Berlin: Springer 1965

(12) KÖNIG, R. : Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 1, 2. Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke 1967

(13) KÖNIG, R. : Soziologie. Frankfurt a.M.: Fischer 1972

(14) KRAEPELIN, E. : Psychiatrie, Bd. 3 u. 4, 8. Aufl. Leipzig: Barth 1915

(15) KRETSCHMER, E. : Der sensitive Beziehungswahn. 4. Aufl. Berlin: Springer 1966

(16) LIDZ, T. : Familie und psychosoziale Entwicklung. Frankfurt a.M.: Fischer 1971

(17) MEYER, J.E. : Diagnostische Einteilungen u. Diagnoseschemata in der Psychiatrie, aus Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3 Berlin: Springer 1961

(18) MITSCHERLICH, A., T. BROCHER O.v.MERRING, K. HORN : Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln Berlin: Kiepenheuer & Witsch 1970

(19) PETERS, U.H. : Das exogene paranoid-halluzinatorische Syndrom. Basel, New York: Karger 1967

(20) REICHHARDT, M. : Allgem. u. spezielle Psychiatrie. 4. Aufl. Stuttgart, Fischer 1955

(21) SCHÄFER, H. u. BLOMKE, M. : Sozialmedizin Stuttgart: Thieme 1972

(22) SCHNEIDER, K. : Klinische Psychopathologie, 7. Aufl. Stuttgart: Thieme 1966

(23) SCHNEIDER, K. : Über den Wahn. Stuttgart: Thieme 1952

(24) SCHULTE, W. u. TÖLLE, R. : Wahn. Stuttgart: Thieme 1972

(25) SMYTHIES, J. : Biologische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1970

(26) SPOERRI, T. : Kompendium der Psychiatrie, 6. Aufl. Basel: Karger 1970

(27) STECKEL, R. : Bewußtseinserweiternde Drogen, 4. Aufl. Berlin: Voltaire 1971

(28) STROTZKA, H. : Einführung in die Sozialpsychiatrie. Hamburg: Rowohlt 1965

(29) WALLIS, W. u. H. ROBERTS : Methoden der Statistik. Hamburg: Rowohlt 1971

(30) WEITBRECHT, H. J. : Psychiatrie im Grundriss, 2. Aufl. Berlin: Springer 1968

(31) WERNER, C. : Die Paranoia. Stuttgart: Ferdinand Enke 1891

(32) WIECK, H. H. : Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl. Berlin: Springer 1966

(33) ZUTT, J. u. C. KULENKAMPFF : Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht. Berlin: Springer 1958

Beiträge aus Zeitschriften:

(34) BIRNBAUM, K. : Grundzüge der Kulturpsychopathologie Z. ges. Neurol. Psychiat. 39, 1925

(36) ACHTE, K. A. : Zum Einfluß der Kultur auf die schizophrenen Wahnvorstellungen, aus Psychiatria fennica (Finnish Psychiatry) Yearbook of the Psychiatric clinic of the Helsinki University Central Hospital 1971

(37) AL-ISSA, J. : Problems in the cross-cultural study of Schizophrenia, aus: Zentralblatt für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie Bd. 195. Berlin: Springer 1968

(38) BECKER, J. u. H. SIEFKES : Elternvorherrschaft, Konflikt u. disziplinarischer Zwang in den Familien weiblicher Schizophrenen. Z.ges.Neurol.Psychiat. 197, 1969/70

(39) BHASKARAM, K. : A psychiatric study of paranoid Schizophrenics in a mental hospital in India. Z.ges.Neurol.Psychiat. 180, 1965

(40) CIRINCONE, E. : Persönlichkeit u. Verhalten d. Mütter von Schizophrenen. Z.ges.Neurol.Psychiat. 165, 1968

(41) CHRISTOZOV, C. : Die Schizophrenie in Nord-Afrika unter dem Gesichtspunkt der transkulturellen Psychiatrie. Z.ges.Neurol.Psychiat. 200, Heft 4, 1971

(42) EGGERS, C. : Wahninhalte kindlicher u. präpuberaler Schizophrenien, aus: Acta Paedopsychiatrica 34 Basel/Stuttgart: Schwabe 1967

(43) FELDMANN, H. : Die magisch-mythischen Wahngedanken Schizophrener. Z.ges.Neurol.Psychiat. 189, 1967

(44) GAUPP, R. : Zur Lehre von der Paranoia. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 197, 1970

(45) GOODMAN, : Einfluß des Elternbildes auf schizophrene Kranke. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 197, 1969/70

(46) GROSS, F. R. : Nachbarschaftskonflikte im Spiegel der Psychose. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 193, 1968

(47) KRANZ, H. : Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Z.ges.Neurol.Psychiat. 132, 1955

(48) LENZ, H. : Kultur u. Soziologie in ihrer Bedeutung in der Psychose. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 195, 1969

(49) LIDZ, T. : Der Einfluß von Familienuntersuchungen auf die Behandlung der Schizophrenie. aus: Z.ges.Neurol. Psychiat. 197, 1969/70

(50) LINDINGER, H. : Familienumwelt u. Prognose der Schizophrenie. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 196, 1969

(51) LUCAS, C.J. u. P. SAISSBURG u. J. G. COLLINS :A social and clinical study of delusions in schizophrenia, aus: The journal of Mental Science, Bd.108 London: Lewis 1962

(52) MITSCHKE, K. M. : Soziale Klasse u. schizophrenogenes Mutterkonzept. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 197, 1969/70

(53) MORI, de M. : Infantiles u. wahnhaftes Denken. aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 169, 1963

(54) PAUELKUHOFF, B. u. MEISSNER, U. : Zur Frage der Entstehung u. Therapie paranoid-halluzinatorischer Psychosen. Z.ges.Neurol.Psychiat.196, 1969

(55) PONCE, C.M. : Der Wahninhalt in der paranoiden Schizophrenie.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 179, 1965

(56) RETTERSTÖL, N. : Paranoid psychoses. The stability of nosological categories illustrated by a personal follow-up investigation.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 194, 1969

(57) " " : Paranoid psychoses associated with impending or newly established fatherhood. Z.ges.Neurol.Psychiat. 195, 1969

(58) " " : Paranoide Psychosen im Zusammenhang mit unpatriotischem Verhalten.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 195, 1969

(59) SCHIPKOWENSKY, N. : Schizophrener u. nichtschizophrener Wahn.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 187, 1966/67

(60) SOLIMAN, P. : Deux delires systématisé chez les Schizophrènes.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 195, 1969

(61) STERNBERG, E. : Zur Frage der paranoiden Alters-psychosen.
aus: Z.ges.Neurol.Psychiat. 194, 1969

(62) WIESER, H. : Aspekte des paranoischen Mechanismus psychologischer Hintergründe der Wahnkranken.
aus: Z.Ges.Neurol.Psychiat. 196, 1969

Lebenslauf

Am 18. Okt. 1947 wurde ich in Nieheim, Krs. Höxter, als Sohn des Hans-Harald Ipach und seiner Ehefrau Dr. phil. Gisela Ipach, geboren.

Da mein Vater Beamter ist, der häufig versetzt wurde, besuchte ich vier verschiedene Volksschulen und vier verschiedene Gymnasien. Im Juni 1967 legte ich meine Reifeprüfung in Scheeßel (Krs. Rotenburg/ Hann.) ab.

Danach wurde ich für zwölf Monate zur Bundeswehr eingezogen.

Im Oktober 1968 begann ich mein Medizinstudium in Bonn. Nach dem 1. Semester wechselte ich nach Köln und legte dort das Vorphysikum und Physikum ab. Die klinischen Semester belegte ich weiter in Bonn. Nebenbei besuchte ich Vorlesungen und Kurse der gesellschaftswissenschaftlichen Fakultäten in Köln und Bonn.

Am 30. 1. 1975 bestand ich die ärztliche Prüfung in Bonn. Zur Zeit arbeite ich als Medizinalassistent an einem Krankenhaus in Aachen.